

Demande d'accès à des renseignements personnels sur la santé
en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*

Nom du dépositaire de renseignements personnels sur la santé à qui la demande est adressée :

Hôpital Montfort 713, chemin Montréal, Ottawa, Ontario K1K 0T2

Vos renseignements : M. _____ Mme _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Autre : _____

Adresse courriel : _____

Renseignements sur le mandataire spécial*, s'il y a lieu :

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Autre : _____

Adresse courriel : _____

***Veuillez fournir une description détaillée des renseignements personnels sur la santé demandée, ainsi que des indications qui faciliteront leur localisation (p.ex., dates, nom du fournisseur de soins de santé, type de document etc.).**

Mode de réception : par courriel sécurisé ou copie papier

Signature : _____ Date : (jj/mm/aaaa) _____

Réservé au dépositaire de renseignements personnels sur la santé :

Date de réception : _____ **Numéro de dossier :** _____