



Hôpital Montfort  
Service d'accès à l'information et protection de la vie privée

713, chemin Montréal, OOD135  
Ottawa, Ontario K1K 0T2  
(613) 748-4903 téléphone  
(613) 748-4949 télécopieur  
hopitalmontfort.com

## 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  Mlle Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ App : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (jour) : \_\_\_\_\_ (soir) \_\_\_\_\_

**Renseignements sur le mandataire spécial\* :**

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ App : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (jour) : \_\_\_\_\_ (soir) \_\_\_\_\_

\*Veuillez fournir les documents démontrant que vous êtes un mandataire spécial autorisé, s'il y a lieu.

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

**Méthode privilégiée d'accès aux dossiers :**  Examen de l'original  Réception d'une copie

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

Les renseignements personnels sur la santé demandés dans la présente formule sont recueillis en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé (la « Loi »)* et seront utilisés pour répondre à votre demande d'accès en vertu de l'article 54 de la Loi. Veuillez adresser vos questions au coordonnateur d'accès à l'information et protection de la vie privée au (613) 746-4621, poste 2909.

**Réservé au dépositaire de renseignements personnels sur la santé :**

Date de réception : \_\_\_\_\_ Numéro de demande : \_\_\_\_\_ Remarques : \_\_\_\_\_