

**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 : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

\*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 demandée, ainsi que des indications qui faciliteront leur localisation (p.ex., dates, nom du fournisseur de soins de santé, etc.).****Méthode d'accès aux dossiers :**  Réception d'une copie

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

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

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