

DIRECTIVES À L'INTENTION DE LA PERSONNE PRÉSENTANT LA DEMANDE

- Veuillez fournir autant de renseignements que possible. Les champs comportant un astérisque (*) sont obligatoires. cyberSanté Ontario pourra ainsi mieux répondre à votre demande.
- Faites parvenir le formulaire dûment rempli, par la poste ou par télécopieur, aux coordonnées suivantes :
 - Par la poste : Bureau de protection de la vie privée de cyberSanté Ontario, Case postale 148, 777, rue Bay, bureau 701, Toronto (Ontario) M5G 2C8
 - Par télécopieur : 416 586-4397 ou 1 866 831-0107
- Veuillez ne pas envoyer ce formulaire par courriel.
- Pour toute question concernant ce formulaire, veuillez communiquer avec le Bureau de protection de la vie privée de cyberSanté Ontario, en composant le 416 946-4767 ou en faisant parvenir à Privacy@ehealthontario.on.ca un courriel dans lequel vous aurez indiqué votre nom et votre numéro de téléphone.

COORDONNÉES DU DEMANDEUR

(Doit être rempli par le demandeur)

*Prénom :	*Nom :	
*Adresse postale :	*Titre :	
*Ville :	*Province :	* Code postal :
*Numéro de téléphone principal :		
Lien : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Mandataire spécial		
Principal moyen pour vous joindre : <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Téléphone		Permission laisser un message vocal : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

*Prénom :	*Nom :
*Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	*Date de naissance : MM/JJ/AAAA
*Numéro de la carte Santé :	

CONSENTEMENT

(Le consentement autorise le partage des renseignements sur la santé du patient avec d'autres fournisseurs de soins de santé ayant contribué à votre dossier, afin de répondre à votre demande de renseignements ou à votre plainte.)

- Je consens à ce que les renseignements personnels sur ma santé soient transmis à d'autres fournisseurs de soins de santé dans le but d'obtenir des renseignements auprès du Service commun d'imagerie diagnostique.
- Je ne veux pas** que des renseignements personnels sur ma santé soient transmis à d'autres fournisseurs de soins de santé.

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS (veuillez préciser)	
PLAINTE (veuillez préciser)	
SIGNATURE	
Nom (en lettres majuscules) :	Date : MM/JJ/AAAA
Signature :	
À USAGE INTERNE SEULEMENT (ne rien écrire)	
Formulaire rempli : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Ticket électronique Remedy n°
Remarques :	