Formulaire de demande d'accès - patient

Demande à : _____ Date de la demande : _____ AAAA / MM / JJ

Identification du demandeur

Nom : _____
Prénom : _____ Date de naissance : _____ AAAA / MM / JJ
Adresse : _____
(No civique, nom de la rue) (Ville) (Province) (Code postal)
Téléphone : _____ Adresse courriel : _____

Documents demandés

En vertu de l'article 27 de la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, je désire recevoir une copie des documents suivants :

→ (Indiquer s'il s'agit d'un dossier, de résultats, de rapports, de notes de consultations, etc.)

Période visée

Concernant des soins ou services reçus se rapportant à la période suivante :

→ (Indiquez la ou les dates ou l'année de la consultation ou des soins ou services reçus)

Je demande l'accès aux renseignements personnels à quel titre :

Pour moi-même

Titulaire de l'autorité parentale ou tuteur du patient

Représentant légal du patient (précisez) : _____

Signature : _____

Date : _____ AAAA / MM / JJ

Veuillez transmettre ce formulaire par courriel à l'adresse courriel suivante : **renseignementspersonnels@biron.com**