

EM/ANB inc.

Demande de consultation des renseignements personnels sur la santé
(v.1, 2019)



Renseignements sur le patient

Nom de famille : _____ Prénom : _____
Date de naissance (MM/JJ/AAAA) : _____ Numéro d'assurance-maladie : _____

Renseignements sur le requérant

Titre : _____ Nom de famille : _____ Prénom : _____
Adresse postale : _____
N° de téléphone : _____ N° de télécopieur* : _____

* S'agit-il d'un numéro de télécopieur sécurisé (non accessible au public)? Oui Non

Adresse électronique** : _____

** Uniquement si vous souhaitez recevoir de l'information concernant votre demande par courrier électronique. À noter : Les renseignements personnels sur la santé ne sont généralement pas transmis par courrier électronique.

Cochez la case appropriée (si vous soumettez cette demande au nom du patient, veuillez fournir la preuve que vous êtes légalement autorisé à recevoir l'information demandée) :

- Je souhaite consulter mes propres renseignements personnels sur la santé.
- Je suis le mandataire spécial du patient (incluant le parent/tuteur légal d'un patient de moins de 16 ans).
- Je suis le représentant légal/personnel du patient.
- Je suis le fournisseur de soins de santé du patient. Veuillez préciser : _____.
- Je suis l'administrateur/l'exécuteur testamentaire du patient. Veuillez préciser de quelle façon les renseignements personnels sur la santé du patient serviront à l'administration de sa succession : _____.
- Autre. Veuillez préciser : _____.

Au sujet de votre demande

Par la présente, je demande à consulter les renseignements personnels sur la santé suivants (cochez tous les champs qui s'appliquent) :

- Dossier(s) du patient d'Ambulance Nouveau-Brunswick
- Dossier du patient du Programme extra-mural
Unité du Programme extra-mural : _____.

Période visée par la demande d'information (du MM/JJ/AAAA au MM/JJ/AAAA) **OU** la date précise de la prestation d'un service d'ambulance : _____.

À noter : Chaque demande est examinée et traitée conformément à la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé. Si vous avez des questions au sujet du présent formulaire ou de la façon dont votre demande sera traitée, veuillez communiquer avec l'agente de la protection de la vie privée et de l'accès à l'information au 506-872-6594.

EM/ANB inc.

Demande de consultation des renseignements personnels sur la santé
(v.1, 2019)



Je souhaite (veuillez cocher une case) :

- Obtenir une copie papier du dossier. Obtenir une copie électronique du dossier, si possible.
 Consulter le dossier.

Si vous désirez obtenir une copie du dossier, veuillez indiquer de quelle façon vous souhaitez qu'elle vous soit envoyée :

- Adresse indiquée ci-dessus. Numéro de télécopieur indiqué ci-dessus.
 Autre adresse ou numéro de télécopieur (à préciser, en plus d'indiquer le nom du destinataire, si différent) :

Signature*

Date

** Si vous soumettez cette demande au nom du patient, veuillez fournir la preuve que vous êtes légalement autorisé à demander et consulter ses renseignements personnels sur la santé.*

Si vous soumettez votre demande en personne, un employé devra confirmer votre identité au moyen d'une pièce d'identité émise par le gouvernement, puis apposer ses initiales dans l'espace réservé à cet effet.

Initiales : _____

Si vous ne soumettez pas votre demande en personne, veuillez demander à un témoin de remplir la section ci-dessous afin de confirmer votre identité.

Nom du témoin en lettres moulées

Numéro de téléphone

Signature du témoin**

Date

*** En signant ce formulaire à titre de témoin, vous confirmez que l'auteur de la demande est bien celui qu'il prétend être.*

Soumission du formulaire de demande :

Dossiers du **Programme extra-mural (PEM)** : soumettez votre demande au gestionnaire de l'unité du PEM concernée.

Dossiers d'**Ambulance Nouveau-Brunswick** : soumettez votre demande à l'agente de la protection de la vie privée et de l'accès à l'information :

- en personne ou par la poste au 210, rue John, bureau 101, Moncton (N.-B.) E1C 0B8
- par télécopieur au 506-872-6509

À noter : Chaque demande est examinée et traitée conformément à la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé. Si vous avez des questions au sujet du présent formulaire ou de la façon dont votre demande sera traitée, veuillez communiquer avec l'agente de la protection de la vie privée et de l'accès à l'information au 506-872-6594.