Ontario

Ministère de la Santé
et des Soins de longue durée

Mention de désaccord avec le dossier de renseignements personnels sur la santé

À : l'agent responsable de _____
(Nom de l'établissement de psychiatrie, en lettres moulées)

Je, soussigné(e) _____
(Nom complet du demandeur en lettres moulées)

domicilié(e) à _____
(adresse)

déclare que je suis en désaccord avec les renseignements contenus dans le dossier de renseignements sur la santé de

_____ No de dossier : _____
(nom du patient)

et désire que cette mention de désaccord soit jointe aux renseignements personnels sur la santé ci–dessus concernant la ou les corrections demandées mais non effectuées.

☐ Je demande aussi à ce que cette mention de désaccord soit remise dans tous les cas où vous divulguez des renseignements personnels sur ma santé reliés à cette mention.

☐ Je demande aussi que cette mention de désaccord soit fournie à toute personne à laquelle ces renseignements ont été divulgués par le passé dans la mesure où ceci est raisonnablement possible. Nous ne le ferons que si cet avis affecte vos soins de santé ou vous fournit des avantages.

Renseignements inscrits au dossier	Désaccord/renseignements préférés

_____ _____
Date (année / mois/ jour) (signature)

Nous ferons tous les efforts raisonnablement possibles pour fournir un avis de votre mention de désaccord conformément aux instructions ci-dessus.

N.B. Vous avez le droit de loger une plainte auprès du Bureau du Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario concernant vos contacts avec l'hôpital touchant à votre demande de correction.
Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario, 2, rue Bloor Est, pièce 1400, Toronto (Ontario) M4W 1A8
Téléphone : 416 326–3333, numéro sans frais : 1 800 387–0073, télécopieur : 416– 325–9195

©Queen's Printer for Ontario, 2005 ©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2005

Ontario

Ministry of Health
and Long-Term Care

Statement of Disagreement with the Record of Personal Health Information

To: Officer in Charge of _____
(name of psychiatric facility)

I, _____
(print full name of person)

of _____
(address)

hereby state that I disagree with the information contained in the record of personal health information of

_____ Casebook no. _____
(name of patient)

and hereby require that this "Statement of Disagreement" be attached to the above personal health information with respect to a correction or corrections requested but not made.

☐ I also request that this "Statement of Disagreement" be given out whenever you disclose the information from my personal health information record to which this statement relates.

☐ I also request that this "Statement of Disagreement" be provided to anyone to whom this information has been disclosed to in the past to the extent that is reasonably possible. We will only do so if this notice will affect your health care or otherwise benefit you.

Information recorded in record	Disagreement/Preferred information

_____ _____
Date (year / month / day) (signature)

We will make all reasonable efforts to give notice of your statement of disagreement to accordance with your instructions above.

Note: You are entitled to make a complaint to the Information Privacy Office of Ontario with respect to any dealings that you had with the hospital with respect to your request for correction.
Information Privacy Commissioner of Ontario, 2 Bloor Street East, Suite 1400, Toronto ON M4W 1A8
Telephone: 416 326–3333, toll-free: 1 800 387–0073, fax: 416 325–9195.

©Queen's Printer for Ontario, 2005 ©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2005