Ontario

Ministry of Health and Long-Term Care

Withdrawal of Application to Review Board under the Mental Health Act

To: Chair of the Review Board

Re: _____ Casebook no._____

(print full name of patient)

_____

(name of psychiatric facility)

Application to the Review Board to review:

- ☐ involuntary admission *(Form 16)*
- ☐ competence to consent to treatment *(Form 32)*
- ☐ competence to examine my clinical record *(Form 31)*
- ☐ competence to manage my estate *(Form 18)*
- ☐ observation, care and treatment of an informal patient *(Form 25)*

_____

(date of application, if known)

This is to advise you that I wish to withdraw my application to the Review Board.

_____ _____

(witness) (signature of applicant)

Date _____

(day / month / year)

©Queen's Printer for Ontario, 1999 ©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1999

Ontario

Ministère de la Santé
et des Soins de longue durée

Retrait de la demande présentée au conseil de révision en vertu de la *Loi sur la santé mentale*

Destinataire : président(e) du conseil de révision

Objet : _____ N^{o} de recueil _____
(nom du (de la) patient(e) en lettres moulées)

_____
(nom de l'établissement psychiatrique)

Demande présentée au conseil de révision sur :

☐ l'admission en cure obligatoire *(formule16)*

☐ la capacité de consentement au traitement *(formule 32)*

☐ la capacité d'examiner mon dossier clinique *(formule 31)*

☐ la capacité d'administrer mes biens *(formule 18)*

☐ l'observation, les soins et le traitement d'un(e) patient(e) en cure facultative *(formule 25)*

_____

Je vous informe, par la présente, que je souhaite retirer la demande que j'ai présentée au conseil de révision.

_____ _____
(témoin) (signature de l'auteur(e) de la demande)

Fait le _____
(jour / mois / année)

©Queen's Printer for Ontario, 1999 ©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1999