

**Patient request for access to
Personal Health Information**

Chart # _____

* Name of Patient _____
(print name)

* Date of Birth _____

* Current Address _____

* Medicare # _____

Phone # _____

I hereby request access to my personal health information as follows:
(Please list specific hospitalizations/treatments/investigations)

Please inform me of my breast density category. Thank you.

for the time period of _____ to _____
(day, month, year) (day, month, year)

I have been informed that the hospital recommends a physician be present to explain the information in my records.
I have chosen **not** to have a physician present.

* _____
Signature of Patient/Substitute Decision Maker

Date

* _____
Signature of Witness

Date

**Demande d'accès à vos
renseignements médicaux personnels**

N° du dossier : _____

* Nom du patient : _____
(écrire en lettres moulées)

* Date de naissance : _____

* Adresse actuelle : _____

* N° d'ass.-mal. : _____

* N° de téléphone : _____

Par la présente, je demande au Réseau de santé Horizon de me donner accès à mes renseignements médicaux personnels, notamment :
(Veuillez énumérer les hospitalisations/traitements/examens que vous avez subis.)

***** Je souhaite recevoir l'information concernant la catégorie de ma
densité mammaire. Merci.

pour la période du _____ au _____
(jour, mois, année) (jour, mois, année)

On m'a informé qu'au moment de consulter mon dossier médical, l'hôpital recommande la présence d'un médecin afin que ce dernier puisse m'aider à interpréter les renseignements qu'il contient. Toutefois, j'ai choisi de **ne pas** demander la présence d'un médecin.

* _____
Signature du patient/décideur au nom d'autrui

Date

* _____
Signature du témoin

Date