Winnipeg Regional Health Authority
Office régional de la santé de Winnipeg
Caring for Health *À l'écoute de notre santé*

(FRANÇAIS AU VERSO)

REQUEST TO CORRECT PERSONAL HEALTH INFORMATION

PART 1: PATIENT/CLIENT/RESIDENT INFORMATION

LAST NAME _____ FIRST NAME _____

Date of Birth: D D M M M Y Y Y Y Health Card Number: _____

Address: _____
STREET NAME AND NUMBER CITY PROVINCE POSTAL CODE

Phone Numbers: Home: ( ) _____ Work: ( ) _____ Cell: ( ) _____

PART 2: I REQUEST THE FOLLOWING CORRECTION

Date(s) and where services provided: _____

Specific correction to personal health information being requested: _____

This request is for a correction to my own information: ☐ Yes ☐ No **If NO – complete Part 3.**

PART 3: PERSON PERMITTED TO EXERCISE THE RIGHTS OF AN INDIVIDUAL

LAST NAME _____ FIRST NAME _____

Indicate Your Authority: _____

Address: _____
STREET NAME AND NUMBER CITY PROVINCE POSTAL CODE

Phone Numbers: Home: ( ) _____ Work: ( ) _____ Cell: ( ) _____

You may be required to provide documentation to prove you have the legal authority to exercise the rights of the individual.

PART 4: SIGN OFF

Signature of Person making Request: _____ Date: D D M M M Y Y Y Y

You will be contacted within 30 days of the receipt of your request to advise of how it will be handled.

PART 5: OTHER

Signature of Privacy Officer: _____ Date Received: D D M M M Y Y Y Y

DISTRIBUTION: Original to Individual's Health Record Copy to Requestor

Winnipeg Regional Health Authority | Office régional de la santé de Winnipeg
Caring for Health | *À l'écoute de notre santé*

(ENGLISH ON REVERSE)

DEMANDE DE CORRECTION À DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT/CLIENT/RÉSIDENT

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____

Date de naissance : | | | | | | | | | | (J J M M M A A A A) Numéro de la carte santé : | | | | | | | | | | |

Adresse : _____
NOM DE RUE ET NUMÉRO MUNICIPAL VILLE PROVINCE CODE POSTAL

Nos de téléphone : Maison : ( ) _____ Travail : ( ) _____ Tél. Cell : ( ) _____

PARTIE 2 : JE DEMANDE LA CORRECTION SUIVANTE

Date(s) et lieux de la prestation des services : _____

Demande de correction à apporter aux renseignements médicaux personnels : _____

_____

_____

_____

Je demande la correction de renseignements me concernant personnellement : ☐ Oui ☐ Non **Si la réponse est NON – remplir la Partie 3.**

PARTIE 3 : PERSONNE AUTORISÉE À EXERCER LES DROITS D'UN PARTICULIER

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____

Indiquer votre autorisation : _____

Adresse : _____
NOM DE RUE ET NUMÉRO MUNICIPAL VILLE PROVINCE CODE POSTAL

Nos de téléphone : Maison : ( ) _____ Travail : ( ) _____ Tél. Cell : ( ) _____

Vous pourriez devoir fournir des documents pour prouver votre autorisation légale d'exercer les droits de la personne concernée.

PARTIE 4 : SIGNATURE

Signature du demandeur : _____ Date : | | | | | | | | | | (J J M M M A A A A)

On communiquera avec vous dans les 30 jours suivant la réception de votre demande pour vous informer de son traitement.

PARTIE 5 : AUTRES

Signature de l'agent de la protection de la vie privée. _____ Date de réception : | | | | | | | | | | (J J M M M A A A A)

DISTRIBUTION: Original à verser dans le dossier médical Copie au demandeur