



The Ottawa Hospital | L'Hôpital d'Ottawa

- Civic HI
- General TRC
- Riverside RCC

REQUEST/CONSENT FOR RELEASE/DISCLOSURE OF PATIENT HEALTH INFORMATION

health rec. no. _____

last name _____

first name _____

health insurance no. _____

d.o.b. _____

sex _____

INFORMATION TO BE Paper copy CD
TO: (Requester's address and phone number) _____

INFORMATION

COMMENTS AND DATES

- Discharge Summary _____
- Operative Reports _____
- Pathology Reports _____
- Anaesthesia/Recovery Room _____
- Medical Imaging _____
 - Report Only _____
 - CD of Images _____
- Laboratory Reports _____
- Consultation/Progress Notes _____
- ER Record _____
- Chart Copy _____
- Details: _____
- Confirmation of Dates _____
- Proof of Death _____
- Other: _____

Comments / Details: _____

PLEASE NOTE ALL FEES FOR RELEASE OF INFORMATION ARE NON-REFUNDABLE.

CONSENT FOR RELEASE OF PATIENT HEALTH INFORMATION

Patient consent must be obtained for disclosing personal health information to a third party (e.g. Lawyer, Ins Co.) or if the request is related to information from a health care organization located outside the province of Ontario.

I authorize The Ottawa Hospital to release/obtain the information noted above.

Name of patient/substitute decision maker Signature Date (yyyy/mm/dd)

Name of witness Signature Date (yyyy/mm/dd)

Authorization is valid for 1 year from date of signing. Include copies of documents providing your authority as a substitute decision-maker.

HEALTH RECORDS USE ONLY: Date received: TOTAL \$: Received by:



The Ottawa Hospital | L'Hôpital d'Ottawa

- Civic IC
 Général LCR
 Riverside CRC

DEMANDE DE TRANSMISSION OU CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

n° arch. méd.

nom

prénom

n° assurance-maladie

d.d.n.

sexe

INFORMATION À ÊTRE Copie papier Disque compact
 À : (Adresse et numéro de téléphone du demandeur)

INFORMATION

COMMENTAIRES ET DATES

- Sommaire au congé _____
- Rapports opératoires _____
- Rapports pathologiques _____
- Rapports d'anesthésie/salle de réveil _____
- Rapports d'imagerie médicale _____
 - Rapports seulement _____
 - Disque compact d'imagerie _____
- Rapports de laboratoire _____
- Consultations/Notes d'évolution _____
- Rapport de l'urgence _____
- Copie du dossier de l'urgence _____
 Détails : _____
- Confirmation des dates _____
- Preuve de décès _____
- Autre : _____

Commentaires / Détails :

LES COÛTS POUR LA TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS NE SONT PAS REMBOURSABLES.

CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ D'UN PATIENT

Il faut obtenir le consentement du patient pour divulguer des renseignements personnels sur la santé à une tierce personne (p. ex. conseiller juridique, compagnie d'assurance) ou à un établissement de soins de santé situé à l'extérieur de la province de l'Ontario.

J'autorise L'Hôpital d'Ottawa à transmettre ou à obtenir les renseignements mentionnés ci-dessus.

Nom du patient ou du mandataire spécial _____ Signature _____ Date (aaaa/mm/jj) _____

Nom du témoin _____ Signature _____ Date (aaaa/mm/jj) _____

L'autorisation est valable pendant un an suivant la date de signature. Inclure les copies des documents démontrant votre autorité en tant que mandataire spécial.

ARCHIVES MÉDICALES SEULEMENT : Date reçue :

TOTAL \$:

Reçu par :