



FORMULAIRE 19 – LOI SUR LA SANTÉ MENTALE, ALINÉA 43(7)A
DEMANDE DE CORRECTION DU DOSSIER CLINIQUE

Ce formulaire doit être rempli par une personne qui estime qu’une erreur a été commise dans son dossier clinique.

Une copie de ce formulaire doit obligatoirement être transmise :

- au directeur général de l’Hôpital général de Whitehorse;
- au médecin.

DANS L’AFFAIRE DE LA *Loi sur la santé mentale*

CONCERNANT _____
NOM DU DEMANDEUR

J’estime qu’une erreur a été commise dans les parties suivantes de mon dossier clinique :

Je pense que les faits exacts sont les suivants :

Par conséquent, je demande que mon dossier clinique soit corrigé.

FAIT à _____,
ce ____ jour de _____, 20 ____.

Signature du demandeur

Nom du demandeur en lettres détachées