



I, \_\_\_\_\_  
(print name of physician)

am of the opinion that the disclosure, transmittal or examination of the record of personal health information or the following part of the record, namely

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

compiled in \_\_\_\_\_  
(name of psychiatric facility)

in respect of \_\_\_\_\_  
(print full name of patient)

is likely to result in

- harm to the treatment or recovery of the said patient, or
- injury to the mental condition of a third person, or
- bodily harm to a third person.

\_\_\_\_\_  
(signature of physician)

Date \_\_\_\_\_  
(day / month / year)



Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
(nom du médecin en caractères d'imprimerie)

suis d'avis que la divulgation, la transmission ou l'examen du dossier de renseignements personnels sur la santé ou de la partie suivante du dossier, à savoir :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

constitué à/au \_\_\_\_\_  
(nom de l'établissement psychiatrique)

à l'égard de \_\_\_\_\_  
(nom et prénoms du malade en caractères d'imprimerie)

risque probablement :

- de nuire au traitement du/de la malade ou à sa guérison;
- de causer un préjudice à l'état mental d'un tiers;
- ou de causer des lésions corporelles à un tiers.

\_\_\_\_\_  
(jour / mois / année)

\_\_\_\_\_  
(signature du médecin)