

## Primary Health Care

### Request to Change Designated Physician - Group Enrolment

Please PRINT using black or blue ball point pen.

This form

- is only for use by primary health care groups who have opted for group enrolment and consent
- is only for changing the designated physician of individual patients
- must include the effective date of the change of designated physicians
- should be stamped and/or signed by both the current and new designated physicians
- should be submitted with your batch of *Patient Enrolment and Consent to Release Personal Health Information* forms

Each field marked by an asterisk ( \* ) must be completed.

#### Section 1 – Patient Information

Health Number *	Date of Birth * (yyyy/mm/dd)	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Last Name *	First Name *	Middle Name

#### Section 2 – Current Designated Physician Information

Last Name	Physician Signature or Acknowledgement Stamp
First Name	
Billing No.	
Group No.	

Note: If you use your acknowledgement stamp the left side of Section 2 may be left blank.

#### Section 3 – New Designated Physician Information

Last Name	Physician Signature or Acknowledgement Stamp
First Name	
Billing No.	
Group No.	
Effective Date of Change of Designated Physician * (yyyy/mm/dd)	

Note: If you use your acknowledgement stamp the left side of Section 3 may be left blank, with the exception of the effective date.

## Soins de santé primaires

### Demande de changement de médecin désigné - Adhésion (cabinet collectif)

En caractères d'IMPRIMERIE, au stylo-bille à encre noire ou bleue.

Le présent formulaire doit :

- être utilisé seulement par les groupes de soins de santé primaires qui ont opté pour l'adhésion et le consentement de groupe
- servir uniquement à changer le médecin désigné pour un patient particulier
- inclure la date d'entrée en vigueur du changement de médecin désigné
- porter l'estampille et/ou la signature du médecin désigné actuel et du nouveau médecin désigné
- être transmis avec votre lot de *Formules d'adhésion et de consentement à la divulgation des renseignements personnels sur la santé*

Les champs obligatoires sont marqués d'un astérisque (\*).

#### Section 1 – Renseignements sur le patient

Numéro de carte Santé *	Date de naissance * (aaaa-mm-jj)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom *	Prénom *	Second prénom

#### Section 2 – Renseignements sur le médecin désigné actuel

Nom	Signature ou estampille d'attestation du médecin
Prénom	
Numéro de facturation	
Numéro de groupe	

Nota : Il n'est pas nécessaire de remplir le côté gauche de la section 2 si vous apposez votre estampille d'attestation.

#### Section 3 – Renseignements sur le nouveau médecin désigné

Nom	Signature ou estampille d'attestation du médecin
Prénom	
Numéro de facturation	
Numéro de groupe	
Date d'entrée en vigueur du changement de médecin désigné * (aaaa-mm-jj)	

Nota : Si vous apposez votre estampille d'attestation, il n'est pas nécessaire de remplir le côté gauche de la section 3, à l'exception de la date d'entrée en vigueur.