



**DISCLOSURE OF PERSONAL HEALTH INFORMATION
TO POLICE WITHOUT CONSENT**

PART 1: PATIENT/CLIENT/RESIDENT INFORMATION

LAST NAME FIRST NAME

Date of Birth:

D	D	M	M	M	Y	Y	Y

Address: _____

STREET NAME AND NUMBER CITY PROVINCE POSTAL CODE

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

PART 2: INFORMATION REQUESTED

Date(s) and where services provided: _____

Specific personal health information being requested: _____

This is required for the following reason(s):

To prevent or lessen a serious and immediate threat to:

the mental or physical health or the safety of the individual the information is about or another individual (*Specify*) _____

public health or public safety (*Specify*) _____

For the purpose of:

contacting a relative or friend of an individual who is injured, incapacitated, or ill

assisting in identifying a deceased individual

informing the representative or a relative of a deceased individual, or any other person it is reasonable to inform in the circumstances, of the individual's death

Or

Required in anticipation of or for use in a civil or quasi-judicial proceeding **to which the trustee is a party**;

Required in anticipation of or the prosecution of an offence. (*Specify*) _____

Authorized or required by an enactment of Manitoba or Canada. (*Specify*) _____

Required to assist in locating an individual reported as being a missing person. Demographic Information ONLY

PART 3: SIGNATURE OF POLICE OFFICER

The personal health information requested can only be used for the purpose(s) specified on this form.

Police Officer's Name (*print*) _____ Badge Number: _____

LAST NAME FIRST NAME

Phone Number: () _____ Agency: City of Winnipeg RCMP Other: _____

Police Officer's Signature: _____ Date of Request:

D	D	M	M	M	Y	Y	Y

**DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS
À UN SERVICE DE POLICE SANS CONSENTEMENT**

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT/CLIENT/RÉSIDENT

NOM DE FAMILLE PRÉNOM

Date de naissance :

J	J	M	M	M	A	A	A	A	

Adresse : _____

NOM DE RUE ET NUMÉRO MUNICIPAL VILLE PROVINCE CODE POSTAL

N^{os} de téléphone : Maison : () _____ Travail : () _____ Tél. Cell : () _____

PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS

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

Renseignements médicaux personnels demandés : _____

Ces renseignements sont demandés pour la ou les raisons suivantes :

Pour prévenir ou minimiser une menace grave et immédiate :

envers la santé mentale ou physique ou la sécurité de la personne sur qui les renseignements portent ou d'une autre personne (Veuillez préciser) _____

envers la santé publique ou la sécurité publique (Veuillez préciser) _____

Dans le but :

de communiquer avec un membre de la famille ou un ami de la personne blessée, en état d'incapacité ou malade

de faciliter l'identification d'une personne décédée

d'informer du décès le représentant ou un membre de la famille de la personne décédée, ou toute autre personne qu'il est raisonnable d'informer dans les circonstances

Ou les renseignements

sont demandés en prévision ou dans le cadre d'une procédure civile ou d'une procédure quasi-judiciaire **dans laquelle le dépositaire est partie prenante;**

sont demandés en prévision ou dans le cadre d'une poursuite intentée relativement à une infraction. (Veuillez préciser) _____

sont autorisés ou demandés conformément à des dispositions législatives du Manitoba ou du Canada. (Veuillez préciser) _____

sont demandés pour faciliter la recherche d'une personne dont la disparition a été signalée. Données démographiques SEULEMENT

PARTIE 3 : SIGNATURE DE L'AGENT DE POLICE

Les renseignements médicaux personnels demandés ne peuvent être utilisés qu'aux fins précisées dans le présent formulaire.

Nom de l'agent de police (*letters moulées*) _____ Numéro d'insigne : _____

NOM DE FAMILLE PRÉNOM

Numéro de téléphone : () _____ Service : Ville de Winnipeg GRC Autre : _____

Signature de l'agent de police : _____ Date de la demande :

J	J	M	M	M	A	A	A	A	