

**Primary Health Care  
Request to Remove a Patient**

**Soins de santé primaires  
Demande de retrait d'un patient**

Microfilm use only

Collection of the information on this form is under the authority of the *Ministry of Health and Long-Term Care Act*, subsection 6(1) and (2), and the *Health Insurance Act*, R.S.O. 1990, c.H.6, s.4(2)(b) and (f), 4.1(1) and (2), 10 and 11(1). For information about collection practices, contact the Director, Registration and Claims Branch, P.O. Box 48, 49 Place d'Armes, Kingston ON K7L 5J3 or by mail through your local Ministry of Health and Long-Term Care office.

Les renseignements contenus dans ce formulaire sont réunis en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, par. 6(1) et (2), et de la *Loi sur l'assurance-santé*, L.R.O. 1990 chap. 6, par. 4(2)(b) et (f), 4.1(1) et (2), 10 et 11(1). Pour obtenir de l'information sur les pratiques de collecte des renseignements, il convient de s'adresser au Directeur, Direction de l'inscription et des demandes de règlement, C.P. 48, 49, rue Place d'Armes, Kingston (Ontario) K7L 5J3 ou par la poste, par l'entremise de votre bureau local du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

**Please PRINT using black or blue ball point pen. Submit this form along with your next batch of enrolment / consent forms**

**Inscrivez les renseignements en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE à l'encre noire ou bleue. Veuillez joindre ce document à votre prochain lot de formulaires d'adhésion et de consentement.**

**Section 1 – Patient Information / Renseignements sur le patient**

Health Number / Numéro de carte Santé	Version Code / Verson	Date of birth / Date de naissance yyyy / aaaa      mm / mm      dd / jj	Sex / Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
---------------------------------------	-----------------------	--	---

Last name / Nom de famille	First name / Prénom	Middle name / Second prénom
----------------------------	---------------------	-----------------------------

**Mailing address / Adresse postale**

Apt. no. / App.	Street no. and name, or P.O. box number, R.R., General Delivery / N° civique et nom de rue ou C.P., R.R., poste restante
-----------------	--

City / Town / Ville	Province <b>ON</b>	Postal code / Code postal
---------------------	-----------------------	---------------------------

**Residential address (if different from mailing address) / Adresse du domicile (si elle diffère de l'adresse postale)**

Apt. no. / App.	Street no. and name, or lot, concession, and township / N° civique et nom de rue ou lot, concession et canton
-----------------	---

City / Town / Ville	Province <b>ON</b>	Postal code / Code postal
---------------------	-----------------------	---------------------------

**Section 2 – Removal Information / Information sur le retrait**

Check (✓) one only / Cocher une seule case	Reason Code / Code	Reason for removal / Raison du retrait	Effective date of removal / Retrait en vigueur yyyy/aaaa      mm      dd/jj
	24	Patient added to roster in error Nom du patient ajouté à la liste par erreur	Date of original enrolment / Date de l'adhésion yyyy/aaaa      mm      dd/jj
	40	Physician reported patient deceased Patient décédé d'après le rapport du médecin	Date patient deceased / Date du décès yyyy/aaaa      mm      dd/jj
	42	Patient entered Long-Term Care facility Patient admis dans un établissement de soins de longue durée	Date of patient admission / Date de l'adhésion yyyy/aaaa      mm      dd/jj
	44	Physician ended patient enrolment Fin de l'adhésion du patient par le médecin	Date enrolment is to end / Date de la fin de l'adhésion yyyy/aaaa      mm      dd/jj
	53	Patient moved out of group's area Le patient ne réside plus dans la zone du groupe	Date the patient moved / Date du déménagement yyyy/aaaa      mm      dd/jj
	54	Patient left province Le patient ne réside plus dans la province	Date the patient moved / Date du déménagement yyyy/aaaa      mm      dd/jj
	56	Enrolment ended by physician at patient's request Fin de l'adhésion par le médecin à la demande du patient	Date the patient requested removal / Date de demande du retrait yyyy/aaaa      mm      dd/jj

**Section 3 – Physician Information / Renseignements sur le médecin**

Last name / Nom de famille	Physician signature or acknowledgement stamp Signature du médecin ou estampille de confirmation
First name / Prénom	
Billing no. / N° de facturation	
Group no. / N° de groupe	
Telephone no. / N° de téléphone (      )	