

**Primary Health Care  
Patient Enrolment Batch Header**

**Soins de santé primaires  
En-tête de lot de formulaires d'adhésion des patients**

**Section 1 - Instructions**

- Complete this "Primary Health Care Patient Enrolment Batch Header" form when submitting the forms listed below to the ministry. Each batch may include a **maximum of 100 forms per batch**.
- Place the Batch Header on top of each batch of forms and *mail them to the ministry by the delivery method of your choice (e.g. regular or registered mail)*.
- Complete the information below using black or blue ball point pen.
- Send only the white (ministry) copies of the Patient Enrolment and Consent to Release Personal Health Information forms.
- Retain a copy of this batch header along with the pink copy of the Patient Enrolment and Consent to Release Personal Health Information forms
- Remove the tear offs from the Patient Enrolment and Consent to Release Personal Health Information forms prior to sending.
- Ensure that all forms have been properly completed.
- Mail forms to the above address.

**Section 1 – Directives**

- Remplir cet *En-tête de lot de formulaires d'adhésion des patients – Soins de santé primaires* au moment de présenter au ministère les formulaires indiqués ci-dessous. Chaque lot peut comprendre un **maximum de 100 formulaires**.
- Placer un *En-tête de lot* sur le dessus de chaque lot de formulaires d'adhésion et *poster le tout au ministère par la mode de livraison choisi (p. ex. courrier ordinaire ou recommandé)*.
- Indiquer les renseignements demandés ci-dessous à l'encre noire ou bleue.
- Envoyer seulement les copies blanches (« Ministère ») des formulaires d'inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels.
- Garder une copie de cet *En-tête de lot* ainsi que la copie rose des formulaires d'inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels.
- Retirer les étiquettes détachables des formulaires d'inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels avant de les envoyer.
- Veiller à ce que tous les formulaires soient adéquatement remplis.
- Poster les formulaires à l'adresse ci-dessus.

**Section 2 - Batch Information / Renseignements sur le lot**

**Note: Complete a separate batch header for each of the form types listed below.**

**Nota : Remplir un *En-tête de lot séparé* pour chacun des types de formulaires ci-dessous.**

Form type / Type de formulaire	No. of forms / Nombre de formulaires
Patient Enrolment and Consent to Release Personal Health Information forms / Formulaires d'inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels	
Request to Remove a Patient forms / Demande de retrait d'un patient	
Request to Change Designated Physician forms / Demande de changement de médecin désigné	

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

Print physician information clearly or affix address label.

Indiquer les renseignements sur le médecin en caractères d'imprimerie ou apposer une étiquette-adresse.

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Name / Nom</p> </div> <p>Address / Adresse</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Billing no. / N° de facturation</p> <p>_____</p> <p>Group no. / N° de groupe</p> <p>_____</p> <p>Group name / Nom du groupe</p> <p>_____</p> <p>Date submitted to ministry (yyyy / mm / dd) Présenté au ministère (aaaa / mm / jj)</p> <p>_____</p>
--	--

**Ministry use only**

Batch no.	Date received (yyyy / mm / dd)	No. of Health Numbers	Date processed (yyyy / mm / dd)	Clerk initials
-----------	--------------------------------	-----------------------	---------------------------------	----------------