



Albert John Gay, Kimberley Ann Doyle and James Bliss Wilson v.
Regional Health Authority 7, and The Estate of Dr. Rajgopal S.
Menon, as represented by Dr. Sanjay Siddhartha as Litigation
Administrator

MIRAMICHI PATHOLOGY CLASS ACTION

Patient request for access to personal health information in relation to the Miramichi Pathology Class Action

Name of Patient _____
(print name)

Date of Birth _____

Current Address _____

Medicare # _____

Phone # _____

I hereby request copies of my personal health information for two (2) years prior to the earliest pathology specimen
reviewed by Dr. Menon to today's date (**OR** alternatively from _____ to _____) from
(day, month, year) (day, month, year)
the following facilities (please list the hospital facilities where you received treatment):

Signature of Patient/Substitute Decision Maker

Date

Signature of Witness

Date

**This completed Medical Release Form must be submitted to the Claims Administrator no later than October
29, 2019. Late Medical Release Forms will not be accepted or valid.**

Epiq Class Action Services Canada Inc.
Attention: Miramichi Pathology Class Action Settlement Claims Administrator
Nelson P.O. Box 20187 - 322 Rideau Street
Ottawa ON K1N 5Y5
Email: info@miramichipathologyclassaction.ca
Phone: 1-833-449-4583
Fax: 1-866-262-0816

français au verso



Albert John Gay, Kimberley Ann Doyle and James Bliss Wilson v.
Regional Health Authority 7, and The Estate of Dr. Rajgopal S.
Menon, as represented by Dr. Sanjay Siddhartha as Litigation
Administrator

**RECOURS COLLECTIF EN MATIÈRE DE
PATHOLOGIE DE MIRAMICHI**

**Demande d'accès à vos renseignements médicaux
personnels en relation avec recours collectif de
pathologie de Miramichi**

Nom du patient : _____
(écrire en lettres moulées)

Date de naissance : _____

Adresse actuelle : _____

N° d'ass.-mal. : _____

N° de téléphone : _____

Par la présente, je demande des copies de mes renseignements médicaux pour une période de deux (2) ans précédant le premier
spécimen de pathologie examiné par Dr Menon, jusqu'en date d'aujourd'hui, (OU en alternative de _____ à _____)
(jour, mois, année) (jour, mois, année)

provenant des institutions suivantes : (veuillez énumérer les hôpitaux ou établissements hospitaliers où vous avez reçu un
traitement)

Signature du patient/décideur au nom d'autrui _____

_____ Date

Signature du témoin _____

_____ Date

**Ce formulaire de renseignements médicaux complété doit être soumis à l'Administrateur des réclamations au
plus tard le 29 octobre 2019. Les formulaires de renseignements médicaux tardif ne seront ni acceptés ni valides.**

Les services d'actions collectives Epiq Canada
Attention: L'Administrateur des réclamations pour l'action collective de pathologie de Miramichi
C.P. Nelson 20187 - 322 rue Rideau
Ottawa (ON) K1N 5Y5
Courriel: info@miramichipathologyclassaction.ca
Téléphone : 1-833-449-4583
Télécopieur : 1-866-262-0816

English on reverse