

FORM 9**FORMULE 9****APPLICATION TO REVIEW BOARD FOR
INQUIRY AS TO MENTAL COMPETENCE**

*(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.8.5(5))*

**DEMANDE D'ENQUÊTE À LA
COMMISSION DE RECOURS SUR LA
CAPACITÉ MENTALE**

*(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.8.5(5))*

I, _____
(Name of Involuntary Patient or Person)

of _____,
(Address)

apply to the chairman of the review board for an inquiry as to whether I am mentally competent to give or refuse to give consent [] on my own behalf or [] on behalf of _____
(Name of Involuntary Patient)

for the purposes of

(Check one)

[] medical treatment that is not routine clinical medical treatment or other psychiatric treatment.

[] disclosure of information under section 17 of the Act.

[] a leave of absence under section 20 of the Act.

[] transfer to and detention in a psychiatric facility in another jurisdiction under section 27 of the Act.

Dated this ___ day of _____, 19__.

Signature of Involuntary Patient or Person

Je soussigné(e) _____
(nom du malade en placement
non volontaire ou de la personne)

de _____,
(adresse)

demande au président de la commission de recours de mener une enquête afin de déterminer si je suis capable mentalement de donner ou de refuser de donner mon consentement [] en mon propre nom ou [] au nom de _____
(nom du malade
en placement non volontaire)

aux fins

(Cocher l'une des cases)

[] d'un traitement médical autre qu'un traitement médical clinique de routine ou d'un autre traitement psychiatrique.

[] de divulgation des renseignements en application de l'article 17 de la Loi.

[] d'une autorisation d'absence en application de l'article 20 de la Loi.

[] de transfert et détention dans un établissement psychiatrique sous une autre autorité législative en application de l'article 27 de la Loi.

Fait le _____ 19__.

Signature du malade en placement
non volontaire ou de la personne