



Referral From | Formulaire de présentation

Name of member / Nom du membre: _____

Service number / Numéro matricule: _____

Applicant Information / Renseignements sur le requérant

Applicant name/ Nom du demandeur: _____

Address/ Adresse: _____

Telephone number / Numéro de téléphone: (____) - ____ - ____

Email / Courriel: _____

Additional Patients / Patients additionnels:

Name/ Nom: _____ Age: _____

Name/ Nom: _____ Age: _____

Name/ Nom: _____ Age: _____

Name/ Nom: _____ Age: _____

**For verification of eligibility for this program the CAF member may be contacted:
Pour la vérification de l'admissibilité à ce programme, le membre des FAC peut être contacté:**

Current status of CAF member / Statut actuel du membre des FAC:

- ☐ Serving / Actif
- ☐ Releasing / En libération Date: _____
- ☐ Retired Veteran / Vétéran retraité

Do you require the MFRC's help with the following? \ Avez-vous besoin d'aide du CRFM pour les étapes suivantes?

- ☐ Getting your NB Medicare Card / Accéder votre carte d'assurance maladie du N.-B.
- ☐ Finding other medical services such as dentist, optometrist, etc. / Accéder d'autres services médicaux tels que dentiste, optométriste, etc.
- ☐ Mental health / santé mentale
- ☐ Specialist / spécialiste

Please provide a brief explanation of health care needs / Veuillez fournir une courte description des besoins en matière de soins de santé :

Personal Preferences / Préférence personnelle:

Physician preferences / Préférences pour médecin: ☐ M ☐ F ☐ Either / Peu importe

Language you require your doctor to speak /
Langue que le médecin doit parler: ☐ Fr ☐ En ☐ Either / Peu importe

Consent / Consentement

Note: Please ensure that you inform your doctor when you change doctors as another family may be waiting.

Consent: By submitting the completed OpMD Referral Form you, and the individuals listed above, consent to the collection, use and disclosure of the information in this form by OpMD of the New Brunswick Military Family Resource Centre for the purpose of determining your eligibility for the program, obtaining a referral to a physician, and managing OpMD program. You also consent to the disclosure of this information to physicians in New Brunswick and for the purpose of obtaining a referral. Disclaimer: MFRC is not involved in the patient-physician relationship beyond the introduction.

Remarque: Assurez-vous d'informer votre fournisseur de soins de santé lorsque vous changez de médecin puisque d'autres familles pourraient être en attente.

Consentement: En soumettant le formulaire complété «OpMD» Formulaire de présentation», vous et les individus inscrits ci-dessus, consentez à la collecte, l'utilisation et la divulgation des informations contenues dans ce formulaire par le programme «OpMD» du Centre de ressources pour les familles des militaires de Nouveau-Brunswick. Vous consentez également à la divulgation de ces renseignements à un médecin au Nouveau-Brunswick dans le but d'obtenir une consultation. Renonciation: CRFM n'est pas impliqué dans la relation patient-médecin après la présentation.

Signature: _____ Date: _____

If you have any questions pertaining to OpMD please contact / Si vous avez des questions concernant OpMD veuillez contacter:

Lisa O'Blenis, Directrice OpMD Director

CRFM de Nouveau-Brunswick | MFRC New Brunswick

A 45 St. Lawrence Avenue, Oromocto NB E2V 4J5

Phone: (506) 422-1663 | Email – Lisa.OBlenis@forces.gc.ca