

改正資料要求(附加資料) – 雅麗氏何妙齡那打素醫院

需因應本要求而提供醫療紀錄的醫管局機構名稱：

☐ 大埔醫院

☐ 北區醫院

☐ 威爾斯親王醫院

☐ 其他 (請註明) _____

資料當事人所要求改正之不準確處

(請清楚和詳細指明你所要求改正的醫療紀錄及其中之不準確處。如不夠書寫，請在另頁提供詳情)

醫療紀錄類別	日期	不準確處	副本？
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有

需因應本要求而提供醫療紀錄的醫管局機構名稱：

☐ 大埔醫院

☐ 北區醫院

☐ 威爾斯親王醫院

☐ 其他 (請註明) _____

資料當事人所要求改正之不準確處

(請清楚和詳細指明你所要求改正的醫療紀錄及其中之不準確處。如不夠書寫，請在另頁提供詳情)

醫療紀錄類別	日期	不準確處	副本？
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有