

**資料當事人 ( 必須為在生人士 ) 詳情**

姓名 (中文) : \_\_\_\_\_ 姓名 (英文) : \_\_\_\_\_

香港身份證號碼 : \_\_\_\_\_ / 護照號碼 : \_\_\_\_\_

**需因應本要求而提供醫療紀錄的醫管局機構名稱:**

雅麗氏何妙齡那打素醫院                       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

**需因應本要求而提供醫療紀錄的醫管局機構名稱:**

雅麗氏何妙齡那打素醫院                       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