

알코올 중독/약물 남용 환자의  
기록 수정 요청

|          |    |          |
|----------|----|----------|
| 환자의 성    | 이름 | 중간이름 이니셜 |
| , 케이스 번호 |    |          |
| 시설       | 부서 |          |

안내 사항: 양식 사본을 환자에게 제공하십시오! 환자의 케이스 기록 사본을 1부 준비하십시오.

수정 요청서

|                   |  |
|-------------------|--|
| 기록에 대해 제안된 수정 사항: |  |
| 수정 사유:            |  |
| 기록에서 수정할 부분:      |  |

서명자인 본인은 본인의 의료 기록을 위해 설명한 대로 수정할 것을 요청합니다. 본인은 시설이 본인의 요청을 거절할 수 있음을 이해합니다. 본인은 또한 시설에서 수정을 수락할 경우, 이러한 수정에 따라 본인의 기록에서 제공된 정보를 가진 당사자에게 수정된 내용을 전달하기 위해 적절한 노력을 기울여야 한다는 것을 이해합니다.

\_\_\_\_\_  
(환자 서명)

\_\_\_\_\_  
(필요한 경우, 부모/보호자의 서명)

\_\_\_\_\_  
(환자 성명을 인쇄체로 기입)

\_\_\_\_\_  
(부모/보호자 이름을 인쇄체로 기입)

\_\_\_\_\_  
(날짜)

\_\_\_\_\_  
(날짜)

시설 조치:

\_\_\_ 요청 승인.

\_\_\_ 요청 거절. 거절 이유

\_\_\_ 수정되어야 할 정보는 이 프로그램에서 작성하지 않았습니다.

\_\_\_ 이 자료는 정신 치료 노트이거나 민사, 형사 또는 행정 소송 절차에 사용하거나 대비하여 수집한 정보입니다.

\_\_\_ 프로그램은 이 기록이 정확하고 완전함을 확인했습니다.

\_\_\_ 기타 사유. 설명 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
책임자/부책임자

\_\_\_\_\_  
날짜