

طلب تعديل سجل
مدمن مخدرات/كحوليات

PATIENT'S LAST NAME	FIRST	M.I.
CASE NO.		
UNIT	FACILITY	

التعليمات: يجب إعطاء نسخة من النموذج للمريض! قم بإعداد نسخة واحدة (1) لسجل حالة المريض.

طلب التعديل

التعديل المقترح للسجل:	
سبب التعديل:	
الجزء المطلوب تعديله من السجل:	

أنا، الموقع أدناه، أطلب بموجبه تعديل السجل الطبي الخاص بي وفقاً للوصف الوارد أعلاه. وأفهم أن المؤسسة من حقها رفض طلبي رفضاً مسبقاً. وأفهم أيضاً أنه في حالة قبول التعديل ستبذل المؤسسة الجهود المعقولة لإرسال هذا التعديل لأي طرف أفصحت له معلومات من سجلي من قبل ويأثر عليه هذا التعديل.

(توقيع الوالد/ولي الأمر، عند الطلب)

(توقيع المريض)

(اسم الوالد/ولي الأمر مطبوعاً)

(اسم المريض مطبوعاً)

(التاريخ)

(التاريخ)

إجراء المؤسسة:

الطلب مقبول. _____

الطلب مرفوض. سبب الرفض: _____

المادة المطلوب تعديلها ليست من إنشاء البرنامج. _____

المادة عبارة عن تقرير علاج نفسي أو معلومات تم جمعها لتوقع احتمالية، دعوى مدنية أو جنائية أو إدارية أو محاكمة أو لاستخدامها فيها. _____

حدد البرنامج أن السجل دقيق وكامل. _____

سبب آخر. صِف _____

(التاريخ)

المدير/المدير المساعد