**แบบฟอร์มการขอยืมเวชระเบียน หน่วยงานสิทธิบัตรและเวชระเบียน โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่**

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

เบอร์โทรติดต่อ.....ขอยืมเวชระเบียนเพื่อวัตถุประสงค์.....

| ลำดับ | วันที่ยืม | HN | ปี/AN EX...../.... | ชื่อ- สกุล | การดำเนินการ | | กำหนดส่ง | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | พบ | ไม่พบ | | |
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | |

*** * หมายเหตุ ผู้ที่สามารถยืมเวชระเบียน กำหนดเฉพาะ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษานักวิจัย/หน่วยงานราชการที่มีเอกสารราชการแสดงความจำนงโดยผ่านความเห็นชอบโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเท่านั้น**

**รวมเวชระเบียนที่ยืมทั้งหมด..... เล่ม** **ได้รับเวชระเบียนทั้งหมด.....เล่ม**

โดยข้าพเจ้าขอรับรองว่า เวชระเบียนที่ได้ยืมไปนั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลภายในเวชระเบียนดังกล่าว อันก่อให้เกิดความเสียหายต่อตัวผู้ป่วยหรือโรงพยาบาล และจะนำเวชระเบียนส่งคืนหน่วยงานภายในเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้าได้รับทราบแล้วว่าไม่สามารถนำเวชระเบียนไปทบทวนภายนอกได้ ยกเว้นได้รับความเห็นชอบจากหัวหน้าหน่วยเวชระเบียน/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

(ลงนาม).....ผู้ยืม ลงนาม.....ผู้ให้ยืม

( ) ( )