

แบบฟอร์มยืม-คืนเวชระเบียน

โรงพยาบาลกุมภวาปี

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....เบอร์โทรภายใน.....เบอร์มือถือ.....

- มีความต้องการยืม เวชระเบียนผู้ป่วยนอก เวชระเบียนผู้ป่วยใน
- เพื่อ 1. ประกอบการรักษา 2. ทบทวนการดูแลผู้ป่วย 3. เพื่อลงรายงาน 4. ศึกษาวิจัยอื่นๆ
5. อื่นๆ.....
- ระยะเวลาการยืม 3 วัน 5 วัน 7 วัน

จำนวน.....ฉบับ ดังรายการต่อไปนี้

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	HN	AN	Date D/C	ชื่อ-สกุลผู้ป่วย	HN	AN	Date D/C
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

หมายเหตุ กรุณากรอกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อความสะดวก รวดเร็วในการค้นหา

ระเบียบการยืม-คืนเวชระเบียน

- ผู้มีสิทธิยืม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักศึกษาแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- ประกอบการรักษา ยืม – คืนเวชระเบียนได้ในเวลา 08.30 – 16.30 น.ทุกวันทำการ
- กรณียืมมากกว่า 5 ฉบับต้องยื่นแบบฟอร์มก่อนมารับเวชระเบียนอย่างน้อย 1 วัน
- ต้องนำเวชระเบียนมาคืนทันทีเมื่อมีการเรียกคืนหรือเมื่อใช้เสร็จแล้วหรือเมื่อครบกำหนดยืม
- ผู้ยืมต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย กรณีเวชระเบียนชำรุด สูญหาย หรือข้อมูลผู้ป่วยซึ่งเป็นความลับถูกเปิดเผย

ข้าพเจ้าได้อ่านและยอมรับระเบียบการยืมเวชระเบียนทั้งหมด

ลงชื่อ.....ผู้ยืม
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ส่งคืน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเวชระเบียนคืน
(.....)

