ใบยืม/ คืนเวชระเบียน

งานประกันสุขภาพฯ โรงพยาบาล กันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

วันที่.....

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

ต้องการยืม ☐ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ☐ เวชระเบียนผู้ป่วยใน ☐ ดูและสั่งพิมพ์ Patient EMR

เพื่อวัตถุประสงค์ ☐ ประกอบการรักษา ☐ ทบทวนการดูแลผู้ป่วย ☐ เพื่อลงรายงาน ☐ ศึกษาวิจัยอื่นๆ .....

ระยะเวลาในการยืม ☐ 1 วัน ☐ 3 วัน ☐ 5 วัน ☐ 7 วัน จำนวน.....ฉบับ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	ชื่อ สกุล	HN	AN	สถานะเวชระเบียน	พิจารณา		หมายเหตุ
					ยืมได้	ยืมไม่ได้	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

ข้อตกลงและเงื่อนไข การยืม-คืน เวชระเบียน

1.ผู้มีสิทธิ์ยืม ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกันทรวิชัย นักศึกษา ที่ฝึกงานฯ ยืมผ่านอาจารย์พี่เลี้ยงเป็นผู้รับผิดชอบลงนามในใบยืม

2.ผู้ยืมต้องกรอกรายละเอียดการยืมให้ชัดเจน และยื่นด้วยตัวเองหรือมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องมายื่นที่งานประกันฯ(เวชระเบียน)/ห้องบัตร

3.ยืม-คืนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและใน ได้ใน วัน เวลาราชการ 8.00-15.00 น.เท่านั้น

4.กรณีที่ต้องการยืมเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและใน มากกว่า 10 ฉบับ ต้องยื่นใบยืม ก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย3 วันทำการ และส่งคืน ภายใน 7 วัน

5.กรณียืม เวชระเบียนผู้ป่วยนอกและในย้อนหลังเกิน 3 เดือน ต้องส่งใบยืมล่วงหน้าอย่างน้อย 5 วันทำการ

6.กรณีขอพิมพ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก EMR ให้ได้ไม่เกิน 10 ฉบับ ต่อการเข้าถึงข้อมูลต่อครั้ง

7 .<u>ผู้ลงนามในใบยืม</u> ต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย กรณี เวชระเบียน ชำรุด สูญหายหรือข้อมูลผู้ป่วยถูกเปิดเผย ******

ข้าพเจ้ายอมรับเงื่อนไขการยืมเวชระเบียนทั้งหมดแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยืมเวชระเบียน

ลงชื่อ.....ผู้รับใบยืม

ข้าพเจ้าได้รับเวชระเบียนทั้งหมด จำนวน ..... ฉบับ

ณ วันที่ .....และจะส่งคืนภายในวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเวชระเบียน

ข้าพเจ้าได้ส่งคืนเวชระเบียนตามรายการที่ยืมไปข้างต้น จำนวน.....ฉบับ

ณ วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้คืนเวชระเบียน

ลงชื่อ.....ผู้รับคืนยืม