**ใบยืมเวชระเบียน**

**โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี**

**ส่วนที่1**

วันที่……………………………………………………….

ข้าพเจ้า………………………………………………………...........………ตำแหน่ง…………………………………………………………

หน่วยงาน …………………………..............…………………..เบอร์โทรติดต่อ………………………………………………………….

 มีความต้องการยืม เวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อ ⃝ ศึกษาวิจัยอื่นๆ ⃝อื่นๆระบุ……………………………....

จำนวน....................ฉบับ ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ชื่อ-สกุล** | **HN** | **AN** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1.กรุณากรอกใบยืมเวชระเบียนตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ชัดเจน และนำมายื่นที่หน่วยเวชระเบียนฯ ด้วยตนเอง

2.สำหรับบุคคลภายนอกให้ยืมพร้อมยื่นสำเนาบัตรประชาชน

3.ไม่อนุญาตให้นำเวชระเบียนออกนอกโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

4. ยืมครั้งละไม่เกิน 10 ฉบับ และต้องนำมาส่งคืนภายใน 24 ชั่วโมง

**ส่วนที่2**

 ข้าพเจ้าได้รับเอกสารแล้ว ในวันนี้ (วันที่.......... เดือน ...................... พ.ศ. ..........) และยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

 (๑) ข้าพเจ้าจะใช้ข้อมูลประวัติผู้ป่วยดังกล่าวตามวัตถุประสงค์ที่แจ้งไว้ในคำขอ เท่านั้น

 (๒) ข้าพเจ้าจะไม่นำข้อมูลประวัติผู้ป่วยนี้ไปเผยแพร่ จำหน่าย จ่าย แจก ทำสำเนา หรือ กระทำด้วยประการใดๆ ในลักษณะเช่นว่านั้น

 (๓) ข้าพเจ้าจะไม่นำข้อมูลประวัติผู้ป่วยนี้ไปใช้ในทางที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่เจ้าของข้อมูลนี้ หรือ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี หากมีความเสียหายเกิดขึ้น ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบทุกประการ

 ลงชื่อ ............................................... ผู้รับข้อมูล

 (.................................................)

 .........../.............../.................

 ลงชื่อ ............................................... พยาน

 (..................................................)

 .........../.............../.................

วันและเวลาที่คืนเวชระเบียน......................................................................

ผู้คืน............................................................................................................

ผู้รับคืน........................................................................................................