

	แบบฟอร์มขอข้อมูลผู้ป่วย	OP01
		เลขที่...../.....
หน่วยทันตพยาธิวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ โทรศัพท์ 055-966178		

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า..... ทันตแพทย์ ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย อื่นๆ.....

เบอร์ติดต่อ.....

มีความประสงค์จะขอข้อมูลผู้ป่วยจากหน่วยทันตพยาธิวิทยาของโรงพยาบาลทันตกรรม ดังนี้

ข้อมูลภาพถ่ายทางพยาธิวิทยา ข้อมูลรายงานผลตรวจทางพยาธิวิทยา

เพื่อใช้ใน การเรียนการสอน

งานวิจัย เรื่อง.....

อื่นๆ.....

ลำดับ	DN	OP Number	ชื่อ-นามสกุล
1			
2			
3			
4			
5			

หมายเหตุ : กรณีต้องการข้อมูลมากกว่า 5 ราย กรุณาเขียนเพิ่มเติมด้านหลังและลงลายมือชื่อกำกับ

ช่องทางการส่งข้อมูล : เป็นไฟล์ดิจิทัลส่งผ่าน Email :

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า จะใช้ข้อมูลของผู้ป่วยตามวัตถุประสงค์ที่ได้แจ้งไว้เท่านั้น โดยจะเก็บรักษาข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับและไม่มีการเผยแพร่

ลงชื่อ.....

ความเห็นของประธานหน่วยทันตพยาธิวิทยา

(.....)

ลงชื่อ.....

ความเห็นของผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม

(อาจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.จุฑามาศ อรรถโกมล)

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

วันที่.....

ลงชื่อ.....

เจ้าหน้าที่หน่วยทันตพยาธิวิทยา (ผู้ดำเนินการ) <input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้ว <input type="checkbox"/> ยังไม่ดำเนินการ เนื่องจาก..... ลงชื่อ..... (.....) วันที่.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.จิตติมา พุ่มกลิ่น)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม

วันที่.....