

	แบบฟอร์มขอข้อมูลผู้ป่วย	IT01
		เลขที่...../.....
หน่วยเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลทันตกรรม โทรศัพท์ภายใน 6878		

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....เบอร์ติดต่อ.....
มีความประสงค์ขอข้อมูลผู้ป่วยจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลทันตกรรม ดังนี้

- ☐ **ขอข้อมูลภาพรังสี (X-Ray)** เพื่อใช้ใน ☐ การเรียนการสอน.....
☐ วิจัย เรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....

ลำดับ	DN	ชื่อ-นามสกุล	วัน/เดือน/ปี ที่ถ่ายภาพรังสี
1			
2			
3			
4			
5			

- ☐ **ขอข้อมูลอื่นๆ** เพื่อใช้ใน ☐ การเรียนการสอน.....
☐ วิจัย เรื่อง..... ☐ อื่นๆ.....

หัวข้อ/เรื่อง	รายละเอียด
.....	
.....	
.....	

- ช่องทางการส่งข้อมูล ☐ รับเองที่หน่วยเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลทันตกรรม
☐ E-mail :.....
☐ อื่นๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า จะใช้ข้อมูลของผู้ป่วยตามวัตถุประสงค์ที่ได้แจ้งไว้เท่านั้น โดยจะเก็บรักษาข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับและไม่มีการเผยแพร่

ลงชื่อ.....
 (.....)

ความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์หญิงจิตติมา พุ่มกลิ่น)
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม
 วันที่.....

นักวิชาการคอมพิวเตอร์ (ผู้ดำเนินการ)

☐ ดำเนินการแล้ว

☐ ยังไม่ดำเนินการ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีต้องการข้อมูลมากกว่า 5 ราย กรุณาเขียนเพิ่มเติมด้านหลังและลงลายมือชื่อกำกับ