

แบบฟอร์มการขอแก้ไข หรือลบข้อมูลผู้ป่วยในระบบ IPD Paperless โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์

ส่วนที่ 1 หน่วยงาน วันที่/...../.....

รายละเอียดที่ต้องการลบหรือแก้ไข ชื่อ-สกุล.....HN.....AN.....

.....

.....

.....

สาเหตุเกิดจาก.....

.....

เหตุที่ต้องแก้ไขหรือลบข้อมูล.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอลบ

(.....)

วันที่/...../.....

**หมายเหตุ การแก้ไขหรือลบข้อมูล หากเกิดข้อผิดพลาดผู้ที่ขอลบข้อมูลต้องรับผิดชอบต่อข้อมูลนั้นๆ

ส่วนที่ 2 หัวหน้ากลุ่มงาน.....

○ พิจารณาแล้วเห็นควร อนุมัติให้มีการแก้ไขหรือลบข้อมูลได้

○ พิจารณาไม่สามารถแก้ไขหรือลบข้อมูลได้ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่/...../.....

ส่วนที่ 3 หัวหน้ากลุ่มงาน ประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

○ เห็นควรอนุมัติ

○ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(นางสาวอ่อนนุช จันทราธิ)

วันที่/...../.....

ส่วนที่ 4 ผู้ดำเนินการ

○ ดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 3 ส่วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการ

(.....)

วันที่/...../.....