

แบบขอข้อมูลประวัติผู้ป่วย

ส่วนที่ ๑

เขียนที่โรงพยาบาลบึงนาราง

เรื่อง ขอสำเนาประวัติผู้ป่วย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงนาราง

ข้าพเจ้า..... อายุ..... อายีพ.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่.....

มีความประสงค์ขอให้โรงพยาบาลบึงนาราง เปิดเผยประวัติผู้ป่วย ชื่อ.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าเป็น.....

โดยมีวัตถุประสงค์.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอถ่ายสำเนาเอกสารดังกล่าวไปด้วย โดยยอมชำระค่าธรรมเนียมตามระเบียบ

ซึ่งเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ส่วนที่ ๒

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงนาราง

ได้ตรวจสอบคำขอและเอกสารประกอบคำขอแล้ว เห็นว่า ถูกต้องตามกฎหมายแล้วจึงเห็นควรอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูล
ประวัติผู้ป่วย จำนวน..... แผ่น/หน้า พร้อมทั้งอนุญาตให้ถ่ายสำเนาเอกสารดังกล่าว จำนวน..... ชุด ด้วย
ซึ่งเรียนมาเพื่อโปรดอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....

(นางสาวรีรานันท์ จันทร์มานนท์)

เจ้าพนักงานเวชสหศิริ

ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน
เห็นควรอนุญาต

ความเห็นของผู้มีอำนาจจัดสั่งการ
อนุญาต

ส่วนที่ ๓

ข้าพเจ้าได้รับเอกสาร จำนวน.....แผ่น/หน้า แล้วในวันนี้ (วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

และยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

- (๑) ข้าพเจ้าจะใช้ข้อมูลประวัติผู้ป่วยดังกล่าวตามวัตถุประสงค์ ที่แจ้งไว้ในคำขอ เท่านั้น
- (๒) ข้าพเจ้าจะไม่นำข้อมูลประวัติผู้ป่วยนี้ไปเผยแพร่ จำหน่าย จ่าย แจก ทำสำเนา หรือกระทำการใดๆ ในลักษณะเจ่นว่านั้น
- (๓) ข้าพเจ้าจะไม่นำข้อมูลประวัติผู้ป่วยนี้ไปใช้ในทางที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ เจ้าของข้อมูลนี้
ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับข้อมูล

(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

*หมายเหตุ : ผู้ขอรับทราบเงื่อนไขการรับข้อมูลประวัติผู้ป่วยแล้วไม่ประสงค์/ไม่ยอมลงลายมือชื่อ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่/พยาน

(.....)

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

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ..... ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ กลับ.....

เกี่ยวข้องเป็น..... () ผู้ป่วย () ผู้แทนผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....

(ในฐานะเป็นบุตร,บิดา,มารดา,สามี,ภรรยา หรือผู้ชอบธรรมตามกฎหมาย) ระบุ.....
ของมอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว) อายุ..... ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ กลับ.....

เป็นผู้เปิดเผยประวัติการรักษาและเข้าถึงเวชระเบียนผู้มีอำนาจ

การได้ที่ผู้รับอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็น

หลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้มีอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

หมายเหตุ : ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจ พร้อมรับรองลายมือชื่อสำเนาถูกต้อง
และบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองลายมือชื่อสำเนาถูกต้อง ไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย