

ขั้นตอนการขอประวัติผ่านช่องทาง E-Mail.ของโรงพยาบาลบึงนาราง

1. ส่งเอกสารแบบคำร้องขอสำเนาเวชระเบียน ผู้ป่วยโรงพยาบาลบึงนาราง ที่ได้รับการเซ็นยินยอมแล้ว
2. ส่งเอกสาร ตามข้อ 1 และแนบเอกสารสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ร้องขอประวัติเอง
กรณีคนไข้เป็นผู้ดำเนินการขอประวัติเอง
3. ส่งเอกสาร ตามข้อ 1และแนบเอกสารหนังสือมอบอำนาจ สำเนาบัตรประชาชน ทะเบียนบ้าน ใบทะเบียนสมรส ใบเกิด ของผู้ร้องขอประวัติและของคนไข้
กรณีญาติมาดำเนินการขอแทนคนไข้ที่ยังมีชีวิตอยู่
4. ส่งเอกสาร ตามข้อ 1และแนบเอกสาร สำเนาบัตรประชาชน ทะเบียนบ้าน ใบทะเบียนสมรส ใบมรณะบัตร ของผู้ร้องขอประวัติและของคนไข้ที่เสียชีวิตแล้ว
กรณีญาติมาดำเนินการขอแทนคนไข้ที่เสียชีวิตไปแล้ว
5. โอนเงินขอประวัติการรักษา 350 บาท พร้อมแนบสลิปหรือหลักฐานการโอนมาพร้อมเอกสารทั้งหมดผ่านบัญชีธนาคาร
6. หากโรงพยาบาลดำเนินการจัดทำประวัติเรียบร้อยแล้วจะทำการจัดส่งเอกสารไปตามที่ระบุไว้ด้านล่างแล้วจะโทรแจ้งให้คนไข้ทราบ
7. ถ้าดำเนินการส่งเอกสาร โอนเงินเรียบร้อยแล้ว รบกวนโทรแจ้งกลับที่งานเวชระเบียน ตามเบอร์ด้านล่าง

ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ชื่อบัญชี เงินบำรุงโรงพยาบาลบึงนาราง

เลขบัญชี 020018090064

หมายเหตุ : ระยะเวลาในการขอประวัติ 2 อาทิตย์ ไม่รวมวันหยุด เสาร์-อาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ หากมีข้อสงสัยสามารถโทรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ฝ่ายงานเวชระเบียน โรงพยาบาลบึงนาราง โทร 056-039709 ต่อ 109 ในเวลาราชการ 08.30-16.30 น.

แบบคำร้องขอสำเนาเวชระเบียน ผู้ป่วยโรงพยาบาลบึงนาราง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ใน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงนาราง

ด้วยข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

เกี่ยวข้องกับ คนไข้ ญาติ(ระบุ).....ในฐานะเป็นผู้รับมอบอำนาจมีความประสงค์ในการ
ขอสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย

ข้าพเจ้า(ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย).....

ขอสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ขอสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ซึ่งเคยเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลบึงนาราง

เหตุผลในการขอประวัติการรักษา

.....
เบอร์โทรติดต่อ.....

เอกสารในการแนบขอประวัติการรักษา (ต้องมีแนบ)

- หนังสือแบบคำร้องขอสำเนาเวชระเบียน สำเนาบัตรประชาชน/ทะเบียนบ้าน(คนไข้)
- สำเนาบัตรประชาชน/ทะเบียนบ้านญาติ(กรณีขอแทน)
- หนังสือมอบอำนาจจากเจ้าของประวัติ (กรณียังไม่เสียชีวิต)
- สำเนาใบมรณะบัตร (กรณีคนไข้เสียชีวิต)
- สำเนาทะเบียนสมรส(กรณีจดทะเบียนแต่ไม่ได้เปลี่ยนนามสกุล)

หมายเหตุ:หากข้าพเจ้านำเอกสารเกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วย ไปใช้ในการใดๆนอกเหนือจากวัตถุประสงค์ตามที่
ระบุไว้ในคำขอ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมชดใช้ ค่าเสียหาย ค่าใช้จ่ายอื่นใดที่เกิดขึ้นแก่โรงพยาบาลจนเต็มจำนวน

.....
(ผู้ยื่นคำร้องขอเวชระเบียน)

<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ (.....) หัวหน้างานเวชระเบียน	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ (.....)
---	---

หนังสือขอรับสำเนาเวชระเบียน

ข้าพเจ้าได้รับเอกสาร จำนวน.....แผ่น/หน้า แล้วในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

และยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

- ข้าพเจ้าจะใช้ข้อมูลเวชระเบียน/ประวัติผู้ป่วยดังกล่าวตามวัตถุประสงค์ที่แจ้งไว้ในคำขอ เท่านั้น
- ข้าพเจ้าจะไม่นำข้อมูลเวชระเบียน/ประวัติผู้ป่วยนี้ไปเผยแพร่ จำหน่าย แจก ทำสำเนา หรือกระทำได้ด้วยประการใดๆในเช่นที่กล่าวมานั้น
- ข้าพเจ้าจะไม่นำข้อมูลเวชระเบียน/ประวัติผู้ป่วยนี้ไปใช้ในทางที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่เจ้าของข้อมูลนี้ ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับข้อมูล

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....(ที่รับเอกสาร)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....(ที่มอบเอกสาร)

กรุณากรอกข้อมูลที่อยู่ ในการจัดส่งประวัติการรักษาให้ถูกต้องสมบูรณ์ครบถ้วน หากที่อยู่ในการส่งผิดพลาดทางโรงพยาบาลจะไม่มีกรับผิดชอบใดๆทั้งสิ้น

บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรติดต่อ.....

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่โรงพยาบาลบึงนาราง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อคนไข้(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เบอร์โทรศัพท์.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

โดยมอบอำนาจให้(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
เบอร์โทรศัพท์.....เลขบัตรประชาชน.....เกี่ยวข้องเป็น.....

เป็นผู้ดำเนินการขอ/รับสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย ประวัติผู้ป่วย

เนื่องจากเหตุผลที่คนไข้ไม่สามารถมาขอเองได้ (ระบุ).....

ให้ดำเนินการขอแทนข้าพเจ้าจนเสร็จสิ้นกระบวนการ และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการที่มอบหมายให้
ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือหรือ
พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ(คนไข้)

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ : กรุณาเขียนให้ชัดเจนและระบบข้อความให้ครบถ้วน