

**หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์
สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเท่านั้น**

ส่วนที่ 1 เอกสารประกอบการร้องขอ

ผู้ร้องขอ	เอกสารที่ต้องใช้
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> หนังสือแสดงความยินยอม <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน
<input type="checkbox"/> ผู้มีอำนาจ	<input type="checkbox"/> หนังสือแสดงความยินยอม (ต้องมี) <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย (ต้องมี) <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีอำนาจ (ต้องมี) <input type="checkbox"/> คำสั่งศาล <input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณะบัตร (กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต) <input type="checkbox"/> สูติบัตร <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน (กรณีผู้ป่วยเป็นบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือบิดามารดา ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน)
<input type="checkbox"/> ผู้รับมอบอำนาจ	<input type="checkbox"/> สามีภรรยา ตัวแทน <input type="checkbox"/> หนังสือแสดงความยินยอม <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

 ค่าธรรมเนียมการขอประวัติ/ผลตรวจ..... บาท

- เงินสด
- เช็คธนาคาร เลขที่.....
- อื่น ๆ

ส่วนที่ 2 กรณีขอสำเนาข้อมูลทางการแพทย์

เรียน แพทย์.....

- ผู้ป่วย ผู้รับการตรวจสุขภาพ
- ผู้มีอำนาจ/ผู้รับมอบอำนาจของผู้ป่วย นาย/นาง/นางสาว

มีความประสงค์ขอข้อมูลทางด้านสุขภาพ เพื่อวัตถุประสงค์ตามเบื้องต้น

โดยขอตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียน

()

วันที่

- อนุมัติ.....
- ไม่อนุมัติ.....

ลงชื่อ.....

()

แพทย์/ผู้ได้รับมอบหมาย

วันที่