

หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์

ชื่อผู้ป่วย นาย/นาง/นางสาว..... HN.

บัตรประจำตัวประชาชน/ใบขับขี่บัตรอื่นๆ คือ..... เลขที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ จะขอเอกสารทางการแพทย์ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสุกมิตรสุพรรณบุรี

วันที่.....ถึง วันที่.....

☐ สำเนาเอกสารประวัติการรักษาผู้ป่วย/รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ☐ ใบชันสูตร

☐ ข้อมูลผลการตรวจสุขภาพ ☐ ใบเคลมประกัน

☐ ผลการตรวจทาง X-ray (Imaging Data) ทั้งหมด ☐ อื่น ๆ.....

☐ ใบรับรองแพทย์, ใบคำรับรองแพทย์เพื่อเบิกสิทธิราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

ซึ่งในการดำเนินการขอข้อมูลทางด้านสุขภาพนี้

☐ ข้าพเจ้าดำเนินการด้วยตัวเอง

☐ ข้าพเจ้ามอบอำนาจ / ผู้มีอำนาจของผู้ป่วย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เกี่ยวข้องกับฐานะ.....

บัตรประจำตัวประชาชน/ใบขับขี่/บัตรอื่น.....เลขที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....เป็นผู้ดำเนินการแทน

ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบว่า ข้อมูลทางการแพทย์ถือเป็นข้อมูลความลับผู้ป่วย ที่บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลสุกมิตรสุพรรณบุรี มีหน้าที่ที่จะรักษาข้อมูลความลับและ ไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลใดๆ แก่ผู้อื่น โดยมีได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ดังนั้นข้อมูลทางการแพทย์ที่นำออกจากโรงพยาบาล จึงไม่อยู่ในความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลสุกมิตรสุพรรณบุรี

อนึ่ง กรณีที่ข้าพเจ้าให้บุคคลอื่นเป็นผู้ดำเนินการขอข้อมูลทางด้านสุขภาพแทนข้าพเจ้านั้น ให้ถือว่าหนังสือฉบับนี้เป็นหนังสือฉบับนี้เป็นหนังสือมอบอำนาจของ ข้าพเจ้า เพื่อให้ผู้ที่ข้าพเจ้าได้ระบุชื่อไว้ข้างต้นเป็นผู้มีอำนาจดำเนินการแทนข้าพเจ้าได้

ลงชื่อ.....ผู้ป่วยผู้มีอำนาจของผู้ป่วย ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

() วันที่..... เวลา..... () วันที่..... เวลา.....

เหตุผลในการขอ เพื่อนำไปใช้ในการ

☐ เบิกค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกัน ☐ เพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อที่โรงพยาบาล.....

☐ เบิกเงินทดแทนจากสำนักงานประกันสังคม ☐ สมัครทำประกันบริษัท.....

☐ เบิกเงินทดแทนจากหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ ☐ เพื่อเป็นข้อมูลส่งให้กับทางบริษัทที่ทำงานอยู่

☐ เพื่อประกอบการเข้าทำงาน ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

การรับเอกสาร

☐ มารับเอง

☐ ให้จัดส่งทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่.....

☐ จัดส่งผลในครั้งนี้อย่าง E-Mail/E-Mail Address.....

หมายเหตุ : การส่งเอกสารทาง E-Mail จะยกเว้นผลการตรวจวิเคราะห์ HIV และผลวิเคราะห์สิ่งเสพติดทุกชนิด ผู้ป่วยต้องมารับด้วยตนเองเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้รับมอบเอกสารตามที่ร้องขอถูกต้องสมบูรณ์ทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจผู้รับมอบอำนาจผู้รับการตรวจสุขภาพ

()

วันที่.....เวลา.....

หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจของผู้ป่วย หมายถึง ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 18 ปี หรือ ไม่ได้บรรลุนิติภาวะ) โดยจดทะเบียนสมรสผู้อนุญาตของ

ผู้ไร้ความสามารถตามคำสั่งศาล, ผู้พิทักษ์ของบุคคลผู้เสมือนไร้ความสามารถตามคำสั่งศาล

**หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์
สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเท่านั้น**

ส่วนที่ 1 เอกสารประกอบการร้องขอ

ผู้ร้องขอ	เอกสารที่ต้องใช้
☐ ผู้ป่วย	☐ หนังสือแสดงความยินยอม ☐ สำเนาบัตรประชาชน
☐ ผู้มีอำนาจ	☐ หนังสือแสดงความยินยอม (ต้องมี) ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย (ต้องมี) ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีอำนาจ (ต้องมี) ☐ คำสั่งศาล ☐ สำเนาใบมรณะบัตร (กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต) ☐ สูติบัตร ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน (กรณีผู้ป่วยเป็นบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือบิดามารดา ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน)
☐ ผู้รับมอบอำนาจ	☐ สามีภรรยา ตัวแทน ☐ หนังสือแสดงความยินยอม ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย ☐ 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