

แบบฟอร์มขอประวัติการรักษา

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ป่วย

เขียนที่ โรงพยาบาลเกาะคา

เรื่อง ขอรบประวัติการรักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา

ด้วยข้าพเจ้า(นาย,นาง,น.ส.).....

บัตรประชาชนเลขที่ เบอร์โทรศัพท์.....

ซึ่งเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ญาติ เกี่ยวข้องเป็น..... ☐ตัวแทนบริษัทประกัน.....

ของผู้ป่วยชื่อ.....เบอร์โทรศัพท์.....

โรคที่เข้ารับการรักษา.....แพทย์ผู้ทำการรักษา.....

เพื่อนำไปเป็นหลักฐานในการ ☐ รักษาต่อที่..... ☐ ยื่นบริษัทประกันชีวิต ☐ อื่นๆ.....

สิ่งที่ต้องการ ประวัติการรักษา ☐ ใบสรุปประวัติการรักษาพยาบาล HN.....AN.....

() ผู้ป่วยนอก วันที่..... ถึง

() ผู้ป่วยใน วันที่..... ถึง

☐ ผลตรวจ () ทางห้องปฏิบัติการ(LAB) () X-ray () CT - Scan

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ส่วนที่ 2 เอกสารที่ต้องนำมาแสดง ในการยื่นขอคำร้อง

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำร้อง
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ทะเบียนบ้าน/ใบมรณบัตร/สูติบัตรของผู้ป่วย
- ☐ หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล
- ☐ หนังสือมอบอำนาจ
- ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ส่วนที่ 3 สำหรับแพทย์

ความเห็นแพทย์

- ☐ อนุมัติใบสรุปประวัติการรักษาพยาบาล
- ☐ อนุมัติผลตรวจ () ทางห้องปฏิบัติการ(LAB) () X-ray () CT - Scan
- ☐ อนุมัติอื่น ๆ (ระบุ).....
- ☐ ไม่อนุมัติ เพราะ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ส่วนที่ 4 สำหรับผู้มีอำนาจอนุมัติ

- ☐ อนุมัติ
- ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจอนุมัติ

(.....)

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลเกาะคา

เขียนที่ โรงพยาบาลเกาะคา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า(นาย,นาง,นางสาว).....

เกี่ยวข้องกับ ☐ ผู้ป่วย

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วย ในฐานะเป็น.....ยินยอมให้โรงพยาบาลเกาะคา

เปิดเผยประวัติการรักษาของ.....

เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยหรือผู้มีส่วนได้เสีย ซึ่งได้เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเกาะคา เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ประเภท ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน เพื่อวัตถุประสงค์ ดังนี้

☐ เพื่อนำไปรักษาต่อเนื่องที่อื่น ระบุ.....

☐ เพื่อนำไปเป็นเอกสารประกอบทางกฎหมาย/คดี/ศาล

☐ การเคลมประกันชีวิตบริษัท.....

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ กรณี บุตร,บิดา,มารดา, สามี,ภรรยาหรือบุคคลอื่นๆ ดำเนินการแทนผู้ให้ความยินยอม ต้องมีใบมอบอำนาจ พร้อมหลักฐานบัตรหรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการของผู้ให้ความยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลซึ่งรับรองสำเนาถูกต้องมาด้วยทุกครั้ง

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....

ปัจจุบันพักอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

ขอมอบอำนาจให้.....เป็นผู้ดำเนินการ.....

แทนข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอยอมรับผิดตามที่รับมอบอำนาจกระทำไปเสมือนข้าพเจ้าได้กระทำการเองทุกประการ เพื่อเป็นหลักฐาน
ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานเป็นสำคัญ

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หลักฐานเอกสารการขอประวัติ กรณีผู้ป่วยมีได้มาขอถ่ายเอกสารข้อมูลประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยมอบหมายให้ผู้อื่นมา
ดำเนินการแทน ให้แนบเอกสารดังต่อไปนี้

- ๑.มีหนังสือมอบอำนาจจากเจ้าของข้อมูล
- ๒.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย และสำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องด้วยลายมือผู้ป่วยเท่านั้น (กรณีไม่สามารถเขียนได้ ให้
ใช้ลายนิ้วมือ โดยระบุนิ้ว และข้าง มาให้ชัดเจน)
- ๓.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้มาขอรับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

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

และยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

- (๑) ข้าพเจ้าจะใช้ข้อมูลประวัติผู้ป่วยดังกล่าว ตามวัตถุประสงค์ที่แจ้งในคำขอเท่านั้น
- (๒) ข้าพเจ้าจะไม่นำข้อมูลประวัติผู้ป่วยนี้ไปเผยแพร่ จำหน่าย จ่าย แจก ทำสำเนา หรือกระทำการใดๆ ในลักษณะเช่นว่านั้น
- (๓) ข้าพเจ้าจะไม่นำข้อมูลประวัติผู้ป่วยนี้ ไปใช้ในทางที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่เจ้าของข้อมูล หรือโรงพยาบาลเกาะคา หากมีความเสียหายเกิดขึ้น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับเอกสาร

(.....)

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

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

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

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

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

หมายเหตุ*

ผู้ขอรับทราบเงื่อนไขการรับข้อมูลประวัติผู้ป่วยแล้วไม่ประสงค์/ไม่ยอมลงลายมือชื่อ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่/พยาน

(.....)

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

สรุปประวัติการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลเกาะคา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ประวัติของ (นาย,นาง,นางสาว).....

อายุ ปี H.N..... เลขประจำตัว.....

ปัจจุบันพักอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

เบอร์โทร.....

ประวัติการเจ็บป่วย

.....

.....

.....

.....

การวินิจฉัย

.....

.....

การรักษา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผลการรักษา

.....

.....

.....

.....

(ลงชื่อ).....แพทย์ผู้สรุปการรักษา

(.....)