



แบบขอสำเนาประวัติการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลเกาะคา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอสำเนาประวัติการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เบอร์โทรศัพท์.....บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ซึ่งเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ญาติ เกี่ยวข้องเป็น.....☐ ตัวแทน ผู้รับมอบอำนาจของผู้ป่วยชื่อ - นามสกุล.....HN.....AN.....

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเกาะคา เมื่อวันที่.....

● มีความประสงค์ขอรับ

- ☐ OPD ช่วงวันที่:
- ☐ IPD ช่วงวันที่:
- ☐ LAB ช่วงวันที่:
- ☐ X-ray ช่วงวันที่:
- ☐ อื่นๆ.....

● หลักฐานประกอบ

- ☐ สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาบัตรข้าราชการผู้ป่วย
- ☐ สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาบัตรข้าราชการผู้ยื่นคำร้อง
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรส
- ☐ สำเนาใบมรณะบัตร
- ☐ หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติและมอบอำนาจ
- ☐ หนังสือรับรองบุตรบุญธรรม

● วัตถุประสงค์เพื่อนำไป

- ☐ เพื่อยื่นบริษัทประกันชีวิต
- ☐ รักษาต่อที่.....วันที่.....
- ☐ อื่นๆ.....

● วิธีการรับเอกสาร ☐ รับด้วยตนเอง ☐ ไปรษณีย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลถูกต้องและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลประวัติการรักษาข้างต้น หากเกิดความเสียหายเนื่องจากการเปิดเผยประวัติการรักษา ของผู้ป่วยดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้องขอ

(.....)

วันที่.....

ตรวจสอบเอกสารแล้ว: ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา

พิจารณาตามคำขอและเอกสารแล้ว เห็นสมควรอนุญาตให้สำเนาประวัติการรักษาพยาบาล

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

อนุมัติ: ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)



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 ๆ 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

ข้าพเจ้าขอยอมรับผิดชอบตามที่รับมอบอำนาจกระทำไปเสมือนข้าพเจ้าได้กระทำการเองทุกประการ เพื่อเป็นหลักฐาน
ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานเป็นสำคัญ

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

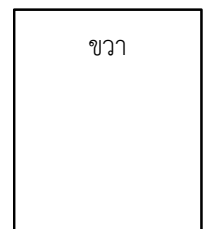
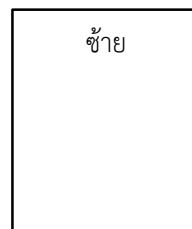
(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

ลายนิ้วมือ นิ้วหัวแม่มือ



**กรณีผู้ป่วยไม่สามารถลงลายมือชื่อได้

หลักฐานเอกสารการขอสำเนาประวัติการรักษา กรณีผู้ป่วยมีได้มาขอถ่ายเอกสารข้อมูลประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยมอบหมาย
ให้ผู้อื่นมาดำเนินการแทน 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 หรือกระทำการใด ๆ ในลักษณะเช่นว่านั้น
- (๓) ข้าพเจ้าจะไม่นำข้อมูลประวัติผู้ป่วยนี้ ไปใช้ในทางที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่เจ้าของข้อมูล หรือโรงพยาบาลเกาะคา หากมีความเสียหายเกิดขึ้น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับเอกสาร

(.....)

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

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

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

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

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

หมายเหตุ*

ผู้ขอรับทราบเงื่อนไขการรับข้อมูลสำเนาประวัติผู้ป่วยแล้วไม่ประสงค์/ไม่ยอมลงลายมือชื่อ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่/พยาน

(.....)

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

