

หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลทางอิเล็กทรอนิกส์

สถานที่ โรงพยาบาลโคกเจริญ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เวลา.....น

1. ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว .....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....

ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่.....

อื่นๆ เช่น หนังสือเดินทางเลขที่.....

วันออกบัตร ...../...../..... วันบัตรหมดอายุ ...../...../.....

วัน-เดือน-ปี เกิด ...../...../.....

ออกให้โดย.....

ในฐานะ  ผู้ป่วย

ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง/อื่น.....

ชื่อ..... สกุล.....

2. ข้าพเจ้า ได้รับการอธิบายจากสถานพยาบาลที่อยู่ภายใต้โครงการพัฒนาระบบระเบียบสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record : PHRs) (โรงพยาบาลโคกเจริญ) ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการให้คำยินยอมเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล โดยสามารถนำข้อมูลระดับบุคคลไปใช้ประโยชน์ในการบริการดูแลสุขภาพ อาทิการจัดเก็บข้อมูลการตรวจรักษา/การผ่าตัด/การใช้ยา/ตรวจรักษาทางรังสีและกระทำหัตถการ ทั้งนี้รวมถึงความเสี่ยงผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนไว้โดยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าแล้ว

3. ข้าพเจ้า  ยินยอมให้สถานพยาบาลเปิดเผยข้อมูล/ส่งข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์(สำเนาข้อมูล) เพื่อการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข (บุคลากรที่ได้รับอนุญาตในการรักษาพยาบาล) และสถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาได้

ไม่ยินยอมให้สถานพยาบาลเปิดเผยข้อมูล/ส่งข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ (สำเนาข้อมูล) เพื่อการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข (บุคลากรที่ได้รับอนุญาตในการรักษาพยาบาล) และสถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาได้

4. หากสถานพยาบาลนำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการอื่นใดอันไม่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาลต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเว้นแต่การเปิดเผยตามที่กฎหมายบัญญัติหรือมีคำสั่งศาลให้เปิดเผย

5. ข้าพเจ้าสามารถยกเลิกความยินยอมได้แต่ไม่มีผลบั่นทอนความยินยอมและผลแห่งความยินยอม ซึ่งได้กระทำไปแล้วก่อนหน้านั้น โดยการยกเลิกความยินยอมต้องมีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้แทนสถานพยาบาล  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยได้แก่

1. ผู้ป่วยกรณีบรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
2. สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย และฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สีกตัว)
3. ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ
4. ผู้อนุบาล กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ
5. ผู้พิทักษ์กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ

**ไม่ยินยอม\*** ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาล แต่ในกรณีที่ต้องใช้ข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล (ส่งต่อ) เพื่อการรักษา หรือกรณีฉุกเฉินหรือกรณีพิเศษ สถานพยาบาลต้องให้ผู้ป่วย/ผู้ให้คำยินยอมอนุญาตก่อน มีการส่งข้อมูลตามระบบปกติ