

แบบคำร้องขอทราบประวัติการรักษาและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล  
ขอสำเนาเวชระเบียน (กรณีนำประวัติไปรักษาต่อเนื่อง)

ส่วนที่ ๑

สถานที่ โรงพยาบาลโคกเจริญ  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลโดยนำประวัติไปรักษาต่อเนื่อง

เรียน แพทย์ผู้รักษาหรือเกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้า..... อายุ ..... ปี

หมายเลขบัตรประชาชน..... มีความประสงค์จะขอให้โรงพยาบาล  
โคกเจริญ เปิดเผยข้อมูลประวัติผู้ป่วย ชื่อ..... HN..... ซึ่ง  
เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ นำประวัติไปรักษาต่อเนื่อง

ข้าพเจ้า มีหลักฐานมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ดังนี้  บัตรประชาชนผู้ป่วย  บัตรประชาชนผู้ยื่นคำ

ร้อง  อื่นๆ.....

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง  
(.....)

ส่วนที่ ๒

ข้าพเจ้าได้รับเอกสารแล้ว ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....) และ

ยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไข(อ้างอิงจกพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ ๒๕๔๐) ดังต่อไปนี้

(๑) ข้าพเจ้าจะใช้ข้อมูลประวัติผู้ป่วยดังกล่าวตามวัตถุประสงค์ที่แจ้งไว้ในคำขอเท่านั้น

(๒) ข้าพเจ้าจะไม่นำข้อมูลประวัติผู้ป่วยนี้ไปเผยแพร่ จำหน่าย จ่าย แจก ทำสำเนา หรือ  
กระทำได้ด้วยประการใดๆในลักษณะเช่นว่านั้น

(๓) ข้าพเจ้าจะไม่นำข้อมูลประวัติผู้ป่วยนี้ไปใช้ในทางที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่  
เจ้าของข้อมูล ทายาท หรือโรงพยาบาลโคกเจริญ (อ้างอิงจกพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐)

หากมีความเสียหายเกิดขึ้นข้าพเจ้ายินดีจะรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม/ผู้รับเอกสาร  
(.....)

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

