

แบบคำร้องขอทราบประวัติการรักษาและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล
ขอสำเนาเวชระเบียน

ส่วนที่ ๑

สถานที่ โรงพยาบาลโคกเจริญ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอสำเนาประวัติการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ

ข้าพเจ้า..... อายุ ปี

หมายเลขบัตรประชาชน..... มีความประสงค์จะขอให้โรงพยาบาล

โคกเจริญ เปิดเผยข้อมูลประวัติผู้ป่วย ชื่อ..... HN..... ซึ่ง

เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....

.....
ข้าพเจ้า มีหลักฐานมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ดังนี้ บัตรประชาชนผู้ป่วย บัตรประชาชนผู้ยื่น

คำร้อง หนังสือมอบอำนาจ หนังสือแสดงความยินยอม อื่นๆ.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอมอบให้.....เป็นผู้รับ

เอกสารแทนข้าพเจ้าด้วยความยินยอม

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ส่วนที่ ๒

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ

ได้ตรวจสอบคำขอและเอกสารประกอบคำขอแล้วเห็นว่า ถูกต้องตามกฎหมายแล้วจึงเห็น

ควรอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลประวัติผู้ป่วยและจัดทำสำเนา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุญาตด้วยจะเป็นพระคุณ

ความเห็นผู้บังคับบัญชา (หัวหน้ากลุ่มงาน)

.....

.....

ความเห็นของแพทย์ผู้รักษาหรือเกี่ยวข้อง

() อนุญาตสำเนาเวชระเบียน

() ไม่อนุญาต เพราะ.....

ลงชื่อ.....

(นางสาวรุ่งนิภา บุญเพ็ง)

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์

และสารสนเทศทางการแพทย์

อนุญาตตามเสนอ

ส่วนที่ ๓...

งานเวชระเบียนและสถิติ

โรงพยาบาลโคกเจริญ

แบบคำร้องขอทราบประวัติการรักษาและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล
ขอสำเนาเวชระเบียน

ส่วนที่ ๓...

ข้าพเจ้าได้รับเอกสารแล้ว ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....) และ
ยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไข(อ้างอิงจากราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ 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
(.....)
...../...../.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
...../...../.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
...../...../.....

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย/ นาง/นางสาว.....
อายุ ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้ นาย/ นาง/นางสาว.....
อายุ ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการขอสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพแทน
ข้าพเจ้าจนกว่าเสร็จการ

การใดที่ตัวแทนของข้าพเจ้าได้กระทำไปภายในขอบเขตอำนาจดังกล่าวข้างต้นให้ถือเสมือนเป็นการ
กระทำของข้าพเจ้า(อ้างอิงจากพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา๗) และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุก
ประการเพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานทำยนี้

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ พร้อมลงลายมือ
ชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง