

คำร้องขออนุมัติเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย
โรงพยาบาลห้างฉัตร กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่ โรงพยาบาลห้างฉัตร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขออนุมัติเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร

ด้วยข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)..... อายุ ปี

อาชีพ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

อยู่บ้านเลขที่..... เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์จะขอให้โรงพยาบาลห้างฉัตรเปิดเผยประวัติผู้ป่วย(นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ.).....

..... ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าเป็น.....

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....

.....

โดยนำหลักฐานมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ดังนี้

1. หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติ
2. บัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการของผู้ป่วย (ผู้ยินยอมให้เปิดเผยประวัติ)
3. บัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการของผู้ยื่นคำร้อง

ข้าพเจ้าทราบดีว่า การกระทำของข้าพเจ้าอาจเกิดผลเสียต่อโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง หากมีผลเสีย
เกิดขึ้นจากการกระทำของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบทุกประการ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอถ่ายสำเนาเอกสารดังกล่าวไปด้วย โดยยอมชำระค่าธรรมเนียมตามระเบียบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

หมายเหตุ ถ้าผู้ยื่นคำร้องเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ



หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย
โรงพยาบาลห้างฉัตร กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่ โรงพยาบาลห้างฉัตร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)

เกี่ยวข้องกับ () ผู้ป่วย

() ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วย ในฐานะเป็น ยินยอมให้โรงพยาบาลห้างฉัตร

เปิดเผยประวัติการรักษาของ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย

หรือผู้มีส่วนได้เสีย ซึ่งได้เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลห้างฉัตร เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ประเภท () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน เพื่อวัตถุประสงค์ ดังนี้

() เพื่อนำไปรักษาต่อเนื่องที่อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

() เพื่อนำไปเป็นเอกสารประกอบทางกฎหมาย/คดี/ศาล

() การเคลมประกันชีวิตบริษัท.....

() อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

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

หนังสือมอบอำนาจ

ลำดับที่.....

เขียนที่

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชนปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก / ซอย..... ถนน..... หมู่บ้าน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องกับ..... ☐ ผู้ป่วย

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของ ด.ช./ด.ญ.

ในฐานะเป็น (บุตร , บิดา , มารดา ,สามี , ภรรยา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย) ระบุ

ขอมอบอำนาจให้ (นาย , นาง , นางสาว)อายุปี

เลขประจำตัวประชาชน.....ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ตรอก / ซอย..... ถนน..... หมู่บ้าน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....โทรศัพท์.....

เป็นผู้เปิดเผยประวัติการรักษาของผู้มอบอำนาจ

การใดที่ผู้รับอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ)ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)พยาน

(.....)

หมายเหตุ : ๑. ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และบัตรประจำตัวประชาชนของตนเองถ่ายเอกสารบัตรพร้อมรับรองสำเนาไปแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ด้วย

