

หนังสือแสดงความยินยอมเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... บัตรประจำตัวประชาชน ใบขับขี่ บัตรอื่นๆ
 ระบุ.....เลขที่.....อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 โทรศัพท์.....มีความประสงค์ จะขอเอกสารทางการแพทย์ที่รับการรักษาใน**โรงพยาบาลทีอาร์พีเอช**
 ของข้าพเจ้าเอง ของผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....หมายเลขบัตรประชาชน.....
 โดยเกี่ยวข้องกับ.....และได้มอบอำนาจให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ดำเนินการแทนในครั้งนี โดยขอให้ดำเนินการข้อมูลทางการแพทย์
 วันที่.....ถึง วันที่..... ประกอบด้วยเอกสารดังนี้

สำเนาเอกสารประวัติการรักษาผู้ป่วย ข้อมูลผลการตรวจสุขภาพ
 รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบเคลมประกัน
 ผลการตรวจทาง X-Ray (Imaging Data) ทั้งหมด อื่น ๆ

ใบรับรองแพทย์ / ใบคำรับรองแพทย์เพื่อเบิกสิทธิราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

หมายเหตุ :

เหตุผลในการขอ เพื่อนำไปใช้ในการ

- เบิกค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกัน เพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อที่โรงพยาบาล.....
- เบิกเงินทดแทนจากสำนักงานประกันสังคม สมัครทำประกัน
- เบิกเงินทดแทนจากหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ เพื่อเป็นข้อมูลส่งให้กับทางบริษัทที่ทำงานอยู่
- เพื่อประกอบการเข้าทำงาน อื่น ๆ (ระบุ)

การรับเอกสาร มารับเอง ให้จัดส่งทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่.....
 จัดส่งทาง Fax /Fax No..... จัดส่งผลในครั้งนีทาง E-Mail/E-mail Address

หมายเหตุ : การส่งเอกสารทาง Fax, E-Mail จะยกเว้นผลการตรวจวิเคราะห์ HIV และผลวิเคราะห์สิ่งเสพติดทุกชนิด

ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบดีว่า ข้อมูลทางการแพทย์ถือเป็นข้อมูลความลับผู้ป่วย ที่บุคลากรทุกคนใน **โรงพยาบาลทีอาร์พีเอช** มีหน้าที่
 ที่จะรักษาข้อมูลความลับและไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลใด ๆ แก่ผู้อื่น โดยมีได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ดังนั้นข้อมูล
 ทางแพทย์ที่นำออกจากโรงพยาบาล จึงไม่อยู่ในความรับผิดชอบของ **โรงพยาบาลทีอาร์พีเอช** อนึ่ง กรณีที่ข้าพเจ้าให้บุคคลอื่นเป็น
 ผู้ดำเนินการขอข้อมูลทางด้านสุขภาพแทนข้าพเจ้านั้น ให้ถือว่าหนังสือฉบับนี้เป็นหนังสือมอบอำนาจของข้าพเจ้า เพื่อให้ผู้ที่ข้าพเจ้าได้ระบุ
 ชื่อไว้ข้างต้นเป็นผู้มีอำนาจดำเนินการแทนข้าพเจ้าได้

ลายมือชื่อผู้ป่วย.....ชื่อผู้ป่วย.....**ผู้ป่วยมาคนเดียว** . วันที่.....เวลา.....
 ลายมือชื่อพยาน.....ชื่อพยาน.....**ความสัมพันธ์**.....วันที่.....เวลา.....
 ลายมือชื่อพยาน.....ชื่อพยาน.....**ตำแหน่ง**.....วันที่.....เวลา.....
 ลายมือชื่อแพทย์/ทันตแพทย์.....ชื่อแพทย์/ทันตแพทย์.....วันที่.....เวลา.....

หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจของผู้ป่วย หมายถึง ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 20 ปี หรือ ไม่ได้บรรลุนิติภาวะโดยจดทะเบียนสมรส)
 ผู้อนุญาตของผู้ไร้ความสามารถตามคำสั่งศาล, ผู้พิทักษ์ของบุคคลผู้เสมือนไร้ความสามารถตามคำสั่งศาล

การแปลและให้ข้อมูลโดยผู้แปลภาษา

ข้าพเจ้าได้แปลหนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ให้ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจของผู้ป่วย/ผู้รับมอบอำนาจทราบในภาษา.....
 ลายมือชื่อผู้แปล.....ชื่อผู้แปล.....วันที่.....เวลา.....

ข้าพเจ้าได้รับมอบเอกสารตามที่ร้องขอถูกต้องสมบูรณ์ทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลายมือชื่อผู้ป่วย / ผู้มีอำนาจของผู้ป่วย/ ผู้รับมอบอำนาจ ชื่อผู้ป่วย / ผู้มีอำนาจของผู้ป่วย / ผู้รับมอบอำนาจ วันที่ เวลา

Name.....Date of Birth.....Room.....Age.....
 HN.....EN/AN.....Visit Date.....Religion.....Gender.....
 Physician.....Allergies.....

สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเท่านั้น

ส่วนที่ 1 กรณีขอสำเนาข้อมูลทางการแพทย์

สำหรับเจ้าหน้าที่แผนก

เรียน แพทย์ /

 เนื่องด้วย ผู้ป่วย / ผู้รับการตรวจสุขภาพ

 ผู้มีอำนาจ / ผู้รับมอบอำนาจของผู้ป่วย นาย/นาง/นางสาว

มีความประสงค์ขอข้อมูลทางด้านสุขภาพ เพื่อวัตถุประสงค์ตามเบื้องต้น โดยขอตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

โดยมีเอกสารประกอบการร้องขอ ดังนี้

ผู้ร้องขอ	เอกสารที่ต้องใช้
<input type="radio"/> ผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> หนังสือแสดงความยินยอม <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน
<input type="radio"/> ผู้มีอำนาจ	<input type="checkbox"/> หนังสือแสดงความยินยอม <input type="checkbox"/> คำสั่งศาล <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณะบัตร (กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต) <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีอำนาจ <input type="checkbox"/> สูติบัตร <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน (กรณีผู้ป่วยเป็นบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือ บิดามารดาที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน) สูติบัตร
<input type="radio"/> ผู้รับมอบอำนาจ เช่น สามี/ภรรยา ตัวแทน	<input type="checkbox"/> หนังสือแสดงความยินยอม <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ <input type="checkbox"/> ค่าธรรมเนียม บาท (กรณีบริษัทประกันหรือตัวแทนประกัน) <input type="radio"/> เงินสด <input type="radio"/> เช็คธนาคาร เลขที่เช็ค

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลายมือชื่อ..... (.....) เจ้าหน้าที่ผู้เสนอเรื่องพิจารณา วันที่.....เวลา.....	<input type="checkbox"/> อนุมัติและให้ดำเนินการ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลายมือชื่อ..... (.....) แพทย์/ผู้รับมอบหมาย วันที่.....เวลา.....
---	--

Name.....	Date of Birth.....	Room.....	Age.....
HN.....	EN/AN.....	Visit Date.....	Religion.....
Physician.....	Allergies.....	Gender.....	