

## หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว \_\_\_\_\_  
บัตรประจำตัวประชาชน/ ใบขับขี่/ บัตรอื่นๆ คือ \_\_\_\_\_ เลขที่ \_\_\_\_\_

อยู่บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ จะขอเอกสารทางการแพทย์ ของผู้ป่วยที่ข้าพเจ้าเคยดูแลรักษา ในโรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา วันที่ \_\_\_\_\_  
ถึง วันที่ \_\_\_\_\_ ชื่อ \_\_\_\_\_ H.N. \_\_\_\_\_ ดังนี้

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารประวัติการรักษาผู้ป่วย / รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ | <input type="checkbox"/> ใบขึ้นสูตร   |
| <input type="checkbox"/> ข้อมูลผลการตรวจสุขภาพ  | <input type="checkbox"/> ใบเคลมประกัน |
| <input type="checkbox"/> ผลการตรวจทาง X-Ray (Imaging Data) ทั้งหมด                            | <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____  |
| <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์, ใบคำรับรองแพทย์เพื่อเบิกสิทธิราชการหรือรัฐวิสาหกิจ    |                                       |

หมายเหตุ: \_\_\_\_\_

ซึ่งในการดำเนินการขอข้อมูลทางด้านสุขภาพนี้

- ข้าพเจ้าดำเนินการด้วยตนเอง  
 ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว \_\_\_\_\_ เกี่ยวข้องในฐานะ \_\_\_\_\_

บัตรประจำตัวประชาชน/ใบขับขี่/บัตรอื่น \_\_\_\_\_ เลขที่ \_\_\_\_\_

บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล \_\_\_\_\_ อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ เป็นผู้ดำเนินการแทน

ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบว่า ข้อมูลทางการแพทย์ถือเป็นข้อมูลความลับผู้ป่วย ที่บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา มีหน้าที่ ที่จะรักษาข้อมูลความลับและไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลใดๆ แก่ผู้อื่น โดยมีได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ดังนั้นข้อมูลทางการแพทย์ที่นำออกจากโรงพยาบาล จึงไม่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา

อนึ่ง กรณีที่ข้าพเจ้าให้บุคคลอื่นเป็นผู้ดำเนินการขอข้อมูลทางด้านสุขภาพแทนข้าพเจ้านั้น ให้ถือว่าหนังสือฉบับนี้เป็นหนังสือมอบอำนาจของข้าพเจ้า เพื่อให้ผู้ที่ข้าพเจ้าได้ระบุชื่อไว้ข้างต้นเป็นผู้มีอำนาจดำเนินการแทนข้าพเจ้าได้

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ร้องขอข้อมูลทางการแพทย์      ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับมอบอำนาจ

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

### เหตุผลในการขอ เพื่อนำไปใช้ในการ

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> เบิกค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกัน           | <input type="checkbox"/> เพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อที่โรงพยาบาล _____  |
| <input type="checkbox"/> เบิกเงินทดแทนจากสำนักงานประกันสังคม         | <input type="checkbox"/> สมัครทำประกัน                                 |
| <input type="checkbox"/> เบิกเงินทดแทนจากหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> เพื่อเป็นข้อมูลส่งให้กับทางบริษัทที่ทำงานอยู่ |
| <input type="checkbox"/> เพื่อประกอบการเข้าทำงาน                     | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) _____                            |

- การรับเอกสาร  มารับเอง  
 ให้จัดส่งทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ \_\_\_\_\_  
 จัดส่งทาง Fax /Fax No \_\_\_\_\_  
 จัดส่งผลในครั้งนั้นทาง E-Mail/E-mail Address \_\_\_\_\_

หมายเหตุ : การส่งเอกสารทาง Fax, E-Mail จะยกเว้นผลการตรวจวิเคราะห์ HIV และผลวิเคราะห์สิ่งเสพติดทุกชนิด

ข้าพเจ้าได้รับมอบเอกสารตามที่ร้องขอถูกต้องสมบูรณ์ทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ป่วย /ผู้มีอำนาจ /ผู้รับมอบอำนาจ /ผู้รับการตรวจสุขภาพ

( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ \_\_\_\_\_

หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจของผู้ป่วย หมายถึง ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 18 ปี หรือ ไม่ได้บรรลุนิติภาวะโดยจดทะเบียนสมรส)  
ผู้อนุญาตของผู้ที่มีความสามารถตามคำสั่งศาล, ผู้พิทักษ์ของบุคคลผู้เสมือนไร้ความสามารถตามคำสั่งศาล

สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเท่านั้น

**ส่วนที่ 1 เอกสารประกอบการร้องขอ**

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"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีอำนาจ <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน (กรณีผู้ป่วยเป็นบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือ บิดามารดาที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน)	<input type="checkbox"/> คำสั่งศาล <input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณะบัตร (กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต) <input type="checkbox"/> 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) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> เงินสด</li> <li><input type="radio"/> เช็คธนาคาร _____ เลขที่เช็ค _____</li> </ul>	

**ส่วนที่ 2 กรณีขอสำเนาข้อมูลทางการแพทย์**

สำหรับเจ้าหน้าที่แผนก \_\_\_\_\_

เรียน แพทย์ / \_\_\_\_\_

- ผู้ป่วย / ผู้รับการตรวจสุขภาพ
- ผู้มีอำนาจ / ผู้รับมอบอำนาจของผู้ป่วย นาย/นาง/นางสาว \_\_\_\_\_

มีความประสงค์ขอข้อมูลทางด้านสุขภาพ เพื่อวัตถุประสงค์ตามเบื้องต้น โดยขอตั้งแต่วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ถึงวันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียน

( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

- ไม่อนุมัติ     อนุมัติและให้ดำเนินการเพิ่มเติม \_\_\_\_\_

แพทย์ / ผู้รับมอบหมาย

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_