

**หนังสือแสดงความยินยอมให้
เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์**

Name.....
HN.....AN.....DOB.....
Age.....Gender.....Visit.....

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาว อายุ
บัตรประจำตัวประชาชน/ ใบขับขี่/ บัตรอื่นๆ คือ เลขที่
อยู่บ้านเลขที่ ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
โทรศัพท์

ในฐานะ ☐ ผู้ป่วย/ ผู้รับการตรวจสุขภาพ ☐ ผู้รับมอบอำนาจ
☐ ผู้มีอำนาจของ ด.ช./ ด.ญ/ นาย/ นาง/ น.ส. H.N.

มีความประสงค์

- ☐ ขอสรุปผลการรักษา.....
- ☐ ขอสำเนาเอกสารประวัติการรักษาผู้ป่วยนอก/ ผู้ป่วยใน
- ☐ ขอรายงานผลการตรวจเลือด/ การวิเคราะห์ผลเอ็กซเรย์/ ผลการตรวจวินิจฉัยโรค
- ☐ ขอข้อมูลผลการตรวจสุขภาพ
- ☐ ขอรับ Film & Paper ทาง X-Ray (Imaging Data) ทั้งหมด
- ☐ ขอใบรับรองแพทย์ที่เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่.....

เหตุผลในการขอ เพื่อนำไปใช้ในการ

- ☐ เบิกค่าสินไหมทดแทนจากบริษัท
- ☐ เพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อที่โรงพยาบาล.....
- ☐ เบิกเงินทดแทนจากสำนักงานประกันสังคม
- ☐ สมัครทำประกันของบริษัท
- ☐ เบิกเงินทดแทนจากหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ
- ☐ เพื่อเป็นข้อมูลส่งให้กับทางบริษัทที่ทำงานอยู่
- ☐ เพื่อประกอบการเข้าทำงาน
- ☐ อื่นๆ(ระบุ)

การรับเอกสาร

- ☐ มารับเอง
- ☐ ให้จัดส่งทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่
- ☐ จัดส่งทางโทรสาร/โทรสารหมายเลข
- ☐ จัดส่งผลการตรวจสุขภาพในครั้งนี้อย่าง E-Mail/E-mail Address

หมายเหตุ : ทางโรงพยาบาลจะไม่ส่งผลตรวจวิเคราะห์ Anti HIV และผลวิเคราะห์สิ่งเสพติดทุกชนิดให้ทางโทรสารและ E-Mail

ซึ่งในการดำเนินการขอข้อมูลทางด้านสุขภาพนี้

- ☐ ข้าพเจ้าดำเนินการด้วยตนเอง
- ☐ ข้าพเจ้ามอบอำนาจให้นาย/ นาง/ น.ส. เกี่ยวข้องในฐานะ.....
ของข้าพเจ้า บัตรประจำตัวประชาชน/ ใบขับขี่/ บัตรอื่น..... เลขที่.....
บ้านเลขที่ ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด.....
โทรศัพท์เป็นผู้ดำเนินการแทน

โดยข้าพเจ้ายินดีเป็นผู้รับผิดชอบต่อผลอันอาจเกิดขึ้น เนื่องจากการเปิดเผยข้อมูลทางด้านสุขภาพดังกล่าว ทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบว่า ข้อมูลทางการแพทย์ถือเป็นข้อมูลความลับผู้ป่วย ที่บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต มีหน้าที่ที่จะรักษาข้อมูลความลับและไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลใดๆแก่ผู้อื่น โดยมีได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม ดังนั้นข้อมูลทางการแพทย์ที่นำออกจากโรงพยาบาล จึงไม่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต

อนึ่ง กรณีที่ข้าพเจ้าให้บุคคลอื่นเป็นผู้ดำเนินการขอข้อมูลทางด้านสุขภาพแทนข้าพเจ้านั้น ให้ถือว่าหนังสือฉบับนี้เป็นหนังสือมอบอำนาจของข้าพเจ้า เพื่อให้ผู้ที่ข้าพเจ้าได้ระบุชื่อไว้ข้างต้นเป็นผู้มีอำนาจดำเนินการแทนข้าพเจ้าได้

ลงชื่อ ผู้ป่วย/ ผู้รับการตรวจสุขภาพ/ผู้มีอำนาจของผู้ป่วย ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) ลงวันที่.....เวลา..... (.....) ลงวันที่.....เวลา.....

บันทึกการรับเอกสาร

ข้าพเจ้าได้รับมอบเอกสารตามที่ร้องขอถูกต้องสมบูรณ์ทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ ผู้มีอำนาจ/ ผู้รับมอบอำนาจ/ ผู้รับการตรวจสุขภาพ
(.....)
วัน/ เดือน/ ปีเวลา.....

หมายเหตุ : 1.ผู้มีอำนาจของผู้ป่วย หมายถึง ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 20 ปี หรือ ไม่ได้บรรลุนิติภาวะโดยจดทะเบียนสมรส)/

ผู้ดูแลของผู้อื่นที่มีความสามารถตามคำสั่งศาล/ ผู้พิทักษ์ของบุคคลผู้เสมือนไร้ความสามารถตามคำสั่งศาล

2.เอกสารที่ต้องแนบ: สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน /สำเนาหนังสือเดินทาง หรือใบขับขี่ของผู้ป่วยที่ลงนามแล้ว