



แบบฟอร์มขอคัดถ่ายสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย  
(กรณีผู้มีอำนาจกระทำการแทน)

F-WI-RAISO-HD-004/02  
Rev.00

ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

หนังสือขอคัดถ่ายสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....ในฐานะผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ผู้ป่วยซึ่งเกี่ยวข้องกับ  ผู้รับมอบอำนาจ

บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง กรณีผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ มีความสัมพันธ์เป็น.....

ญาติตามกฎหมาย กรณีผู้ป่วยถึงแก่ความตาย มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น.....

ญาติตามกฎหมาย กรณีมีหนังสือของแพทย์จาก รพ. อื่น มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น.....

มีความประสงค์จะขอ ประวัติการรักษาของผู้ป่วยชื่อ .....

หมายเลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย (HN.) .....เพื่อนำไปประกอบ.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอประวัติ

(.....)

หลักฐานที่ต้องนำมาประกอบการขอประวัติการรักษาพยาบาล

๑. กรณีที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับรักษาพยาบาลฉุกเฉินไม่สามารถมาได้ด้วยตนเอง
  - ๑.๑ แนบสำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการหรือบัตรอื่น ๆ ที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกให้ของผู้มาขอประวัติการรักษา และของผู้ป่วย (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
  - ๑.๒ แสดงบัตรโรงพยาบาล หรือมีหมายเลขบัตรโรงพยาบาลของผู้ป่วย
  - ๑.๓ แนบสำเนาหนังสือหลักฐานที่แสดงความเป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตรหรือบุตรบุญธรรม หรือพี่น้องร่วมบิดามารดาของผู้ป่วย (เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน ทะเบียนสมรส หนังสือจดทะเบียนรับบุตรบุญธรรม) (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
  - ๑.๔ จดหมายจากแพทย์ผู้ทำการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น
  - ๑.๕ หนังสือมอบอำนาจจากผู้ป่วย