



แบบฟอร์ม หนังสือแสดงความยินยอมและมอบอำนาจให้เปิดเผยข้อมูล
ประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

F-WI-RAISO-HD-004/03
Rev.00

หนังสือแสดงความยินยอมและมอบอำนาจให้เปิดเผยข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

หนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า..... อายุปี ที่อยู่ปัจจุบันอยู่

บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์ (ที่สามารถติดต่อได้)..... ซึ่งเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลรามาริบัติ

ตามบัตรประจำตัวผู้ป่วยเลขที่ HN..... ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้าพเจ้าได้รับทราบและยินยอมให้(นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์ (ที่สามารถติดต่อได้).....

ถือบัตรประจำตัวประชาชน/บัตร.....เลขที่.....เป็นผู้มี

อำนาจในการขอคูประวัติการรักษาและ/หรือขอคัดสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลรามาริบัติ

ไว้แทนข้าพเจ้า เพื่อนำไปประกอบ.....

การกระทำที่ (นาย/นาง/นางสาว).....ได้กระทำไปภายในขอบอำนาจของ

หนังสือแสดงความยินยอมฉบับนี้ให้มีผลสมบูรณ์และชอบด้วยกฎหมายทุกประการ

เพื่อเป็นหลักฐานแห่งความยินยอมนี้ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หลักฐานกรณีเจ้าของประวัติมอบอำนาจให้ผู้อื่นมาดำเนินการขอประวัติการรักษาแทน

๑. แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการหรือบัตรอื่นๆที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการเป็นผู้ออก ของเจ้าของประวัติ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
๒. แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการหรือบัตรอื่นๆที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการเป็นผู้ออก ของผู้รับมอบอำนาจ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
๓. หลักฐานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เช่น หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
๔. แนบสำเนาหนังสือหลักฐานที่แสดงความเป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตรหรือบุตรบุญธรรม หรือพี่น้องร่วมบิดา มารดาของผู้ป่วย เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน ทะเบียนสมรส หนังสือจดทะเบียนรับบุตรบุญธรรม (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
๕. แสดงบัตรโรงพยาบาล หรือแจ้งเลขหมายบัตรโรงพยาบาล
๖. หากมีข้อสงสัยโปรดติดต่อสำนักงานผู้อำนวยการ โทร (๐๒) ๒๐๑-๑๐๕๐ ในวันและเวลาราชการ



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

- กรณีผู้ป่วยต้องเข้ารับรักษาพยาบาลฉุกเฉินไม่สามารถมาได้ด้วยตนเอง
 - ๑.๑ แนบสำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการหรือบัตรอื่น ๆ ที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกให้ของผู้มาขอประวัติการรักษา และของผู้ป่วย (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
 - ๑.๒ แสดงบัตรโรงพยาบาล หรือมีหมายเลขบัตรโรงพยาบาลของผู้ป่วย
 - ๑.๓ แนบสำเนาหนังสือหลักฐานที่แสดงความเป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตรหรือบุตรบุญธรรม หรือพี่น้องร่วมบิดา มารดาของผู้ป่วย (เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน ทะเบียนสมรส หนังสือจดทะเบียนรับบุตรบุญธรรม) (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
 - ๑.๔ จดหมายจากแพทย์ผู้ทำการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น
 - ๑.๕ หนังสือมอบอำนาจจากผู้ป่วย