



แบบฟอร์ม หนังสือแสดงความยินยอมและมอบอำนาจให้เปิดเผยข้อมูล  
ประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

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

หนังสือแสดงความยินยอมและมอบอำนาจให้เปิดเผยข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

หนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า..... อายุ .....ปี 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

อำนาจในการขอคูประวัติการรักษาพยาบาลและ/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



แบบฟอร์ม คำขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษาพยาบาลเพื่อดำเนินการ  
ด้านประกันชีวิตของผู้ป่วย (ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

F-WI-RAISO-HD-005/02

Rev.00

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

คำขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษาพยาบาล  
เพื่อการดำเนินการด้านประกันชีวิต

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามธิบดี

ด้วยข้าพเจ้า (ชื่อ - นามสกุล)..... อายุ.....ปี เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น

บิดาของผู้ป่วย  มารดาของผู้ป่วย  ผู้รับมอบอำนาจ มีความประสงค์ที่จะขอให้แพทย์สรุปประวัติ  
การรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามธิบดีตั้งแต่วันที่ .....ถึงวันที่.....

บัตรประจำตัวผู้ป่วยหมายเลข(HN)..... ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย.....

เพื่อเรียกร้องให้บริษัท.....จ่ายค่าสินไหมทดแทนหรือรับเงินที่เอาประกันไว้

ในกรณี  ชดเชยรายวัน  อุบัติเหตุ  เบิกค่ารักษาพยาบาล  โรคร้ายแรง  อื่นๆ.....

การรับเอกสาร :

ข้าพเจ้ามารับใบสรุปประวัติการรักษาด้วยตนเอง

มอบอำนาจให้ (โปรดระบุชื่อ-นามสกุล )..... เป็นผู้มารับ

ส่งใบสรุปประวัติการรักษาทางไปรษณีย์ตามที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา พร้อมกันนี้ได้แนบค่าธรรมเนียม จำนวน ๓๐๐ บาท และหลักฐานต่างๆ มาด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ขอ

(.....)

**ชำระเงินที่การเงินกลางชั้น 1 อาคาร 1**

ผู้ป่วยได้ชำระเงินแล้ว

ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่ .....

ผู้รับ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

ใบเสร็จรับเงินลงวันที่.....

**หลักฐาน**

- ๑. สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการหรือบัตรอื่นๆ ที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกให้ของบิดาหรือมารดา (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ๒. บัตรโรงพยาบาล หรือมีหมายเลขบัตรโรงพยาบาลของผู้ป่วย
- ๓. สำเนาใบสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของประวัติ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ๔. หลักฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เช่น การเปลี่ยนชื่อ-สกุล, เปลี่ยนที่อยู่ เป็นต้น (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ๕. แบบฟอร์มหนังสือสรุปประวัติการรักษาพยาบาลของบริษัทประกันชีวิต (ถ้ามี)
- ๖. หากมีข้อสงสัยโปรดติดต่อกานบริหารโรงพยาบาลรามธิบดี โทร (๐๒) ๒๐๑-๑๐๕๐ ในวันและเวลาราชการ