

คำร้องขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน

เขียนที่

วันที่

เรื่อง ขออนุญาตถ่ายสำเนาเวชระเบียน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสมเด็จ

ด้วยข้าพเจ้า(นาย, นาง, นางสาว) เกี่ยวข้องเป็น

ตัวผู้ป่วย คู่สมรส บุตร บิดา-มารดา พี่-น้อง ผู้รับมอบอำนาจ

มีความประสงค์ขอถ่ายสำเนาประวัติการรักษาของ อายุ ปี

ซึ่งได้เข้ารับการรักษาทันทีที่โรงพยาบาลศรีสมเด็จเลขที่ทั่วไป (HN)..... เพื่อ.....

ข้าพเจ้าผู้ขอประวัติจะปกปิดเอกสารนี้เป็นความลับ และไม่นำไปใช้ทางอื่น นอกเหนือจากจากที่ระบุในแบบคำร้องนี้ โดยแนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง มาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ดังนี้

1. เอกสารของผู้ป่วยหรือเจ้าของประวัติ

- () สำเนาทะเบียนบ้าน
- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรข้าราชการ
- () ใบมรณะบัตร (กรณีเสียชีวิต)

2. เอกสารของผู้ยื่นคำร้องขอประวัติการรักษา / ผู้รับเอกสาร

- () สำเนาทะเบียนบ้าน
- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรข้าราชการ
- () หนังสือมอบอำนาจ 1 ฉบับ
- () ใบยินยอมเปิดเผยเวชระเบียน

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

() เห็นควรอนุมัติถ่ายสำเนาเวชระเบียน

() ไม่เห็นควรอนุมัติถ่ายสำเนาเวชระเบียน

เนื่องจาก

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ผู้ยื่นคำร้อง

เจ้าหน้าที่ / ผู้ตรวจสอบเอกสาร

() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(นายแพทย์อัครราช ใจหาญ)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ

หมายเหตุ : 1. บุคคลที่สามารถยื่นคำร้องขอประวัติการรักษาแทนได้ มีดังต่อไปนี้ บิดา, มารดา, คู่สมรส, บุตรและพี่-น้อง (กรณีที่ผู้เสียชีวิต ไม่มีคู่สมรสหรือผู้ดูแล)

2. ถ้าผู้ยื่นคำร้องเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายมือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ



หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) อายุ.....ปี

ขอมอบอำนาจให้ (นาย, นาง, นางสาว) อายุ.....ปี

() ยื่นคำร้องขอสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ

() อื่นๆ (ระบุ)

เพื่อ.....

การใดๆ ที่ผู้รับมอบอำนาจ ได้กระทำภายใต้ขอบอำนาจของหนังสือนี้ ให้ถือเสมือนว่า ข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเอง

ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ เพื่อเป็นหลักฐานไว้ทำหนังสือนี้แล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)



ใบยินยอมเปิดเผยเวชระเบียน

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)อายุ.....ปี

มีความประสงค์ขอให้โรงพยาบาลศรีสมเด็จ เปิดเผยข้อมูลการรักษาพยาบาลของ.....

ซึ่งเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า คือ ตัวผู้ป่วย คู่สมรส บุตร บิดา-มารดา พี่-น้อง ผู้รับมอบอำนาจ

เพื่อ

- () นำไปประกอบการรักษาพยาบาล
- () นำไปเป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- () อื่น ๆ

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ เพื่อเป็นหลักฐานไว้ท้ายหนังสือนี้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)