



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลรัฐอุดรธานีขอนแก่น

ใบคำขอประวัติการรักษาพยาบาล

เขียนที่ โรงพยาบาลรัฐอุดรธานีขอนแก่น

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง การขอประวัติการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐอุดรธานีขอนแก่น

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

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

มีความประสงค์ขอประวัติการรักษาของ () ตนเอง () ผู้ป่วยชื่อ

โดยข้าพเจ้าเกี่ยวข้องกับฐานะ ☐ บิดา/มารดา ☐ สามี/ภรรยา ☐ บุตร

☐ ผู้รับมอบอำนาจ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

HN..... ซึ่งได้เข้ารับบริการ/รักษาที่โรงพยาบาลรัฐอุดรธานีขอนแก่น

มีความประสงค์ขอประวัติการรักษา / ขอให้แพทย์สรุปข้อมูลการรักษา / สำเนาเวชระเบียน / คัดลอก
เวชระเบียนของผู้ป่วย ดังรายการต่อไปนี้

☐ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ☐ เวชระเบียนผู้ป่วยใน ☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / เอกซเรย์

☐ อื่นๆ ระบุ.....

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

☐ เพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อที่..... ☐ ประกอบการเคลมประกันจากบริษัทประกันภัย

☐ ประกอบกฎหมาย/ศาล/คดี ☐ อื่นๆ (โปรดระบุให้ชัดเจน).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากเกิดความเสียหาย
เนื่องจากการเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วยดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้น
ทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบคำขอและเอกสารประกอบคำขอแล้ว เห็นว่า

☐ ถูกต้องครบถ้วน

☐ เอกสารไม่ถูกต้อง/ครบถ้วน เนื่องจาก.....

แจ้งผู้ขอดำเนินการแก้ไข โดยให้มายื่นเอกสารเพิ่มเติมภายในวันที่

.....มิฉะนั้นจะถือว่าผู้ยื่นคำขอไม่ประสงค์ให้

เจ้าหน้าที่ดำเนินการต่อ

การรับเอกสาร ☐ มารับด้วยตนเอง ☐ จัดส่งตามที่อยู่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

()

*ข้าพเจ้าได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่แล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

()



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลรามาธิบดี

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลและมอบอำนาจ

ทำที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....อายุ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....
โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าตกลงยินยอมมอบอำนาจให้(นาย / นาง / นางสาว).....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....
เป็นผู้มีอำนาจขอคัดลอกหรือถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองประวัติการรักษาผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประวัติการ
รักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลเอกซเรย์
การตรวจเลือด ปัสสาวะ น้ำลาย หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่างๆ ของข้าพเจ้าตามทางการ
แพทย์ทั้งหมด จากโรงพยาบาลรามาธิบดีรามาธิบดี ที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา ในการดำเนินการดังกล่าว
ข้าพเจ้ามีเจตนาต้องการและยินยอมให้โรงพยาบาลรามาธิบดีรามาธิบดี เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของ
ข้าพเจ้าตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง

☐ เพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อที่..... ☐ เพื่อประกอบการเคลมประกันจากบริษัทประกัน
☐ ประกอบกฎหมาย/ศาล/คดี ☐ อื่นๆ (โปรดระบุให้ชัดเจน).....

ทั้งนี้หากเกิดความเสียหายใดๆต่อข้าพเจ้าไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการว่า
กล่าว หรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จากแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลรามาธิบดี
รามาธิบดี หรือกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล และมอบอำนาจฉบับนี้โดย
สิ้นเชิง การกระทำใดๆ ของผู้รับมอบอำนาจฉบับนี้ ให้มีผลผูกพันผู้มอบอำนาจตามกฎหมาย และให้ถือเสมือน
หนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาและ
ความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

เงื่อนไขการยินยอม

๑. การเปิดเผยข้อมูลจะเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ระบุข้างต้นเท่านั้น
๒. หนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้ใช้ได้ภายในระยะเวลา เดือน นับจากวันที่ลงนาม
๓. ข้าพเจ้าสามารถเพิกถอนความยินยอมนี้ได้ทุกเมื่อ โดยแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรต่อโรงพยาบาล
๔. โรงพยาบาลมีสิทธิ์ปฏิเสธการให้ข้อมูล หากไม่เป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนด หรือเอกสารไม่ครบถ้วน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม/ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)