BANGKOK HOSPITAL PATTAYA

หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว _____ HN_____ วัน/เดือน/ปีเกิด_____

อายุ _____ บัตรประจำตัวประชาชน/ ใบขับขี่/ บัตรอื่นๆ คือ _____ เลขที่ _____

อยู่บ้านเลขที่ _____ ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____โทรศัพท์ _____

☐ ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาลเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ให้แก่บริษัทประกันหรืออื่นๆ ซึ่งเป็นผู้ชำระค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้า ดังนี้

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ จะขอเอกสารทางการแพทย์ ที่ข้าพเจ้าเคยตรวจรักษาในโรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา วันที่ _____ ถึง วันที่ _____ ดังนี้

☐ สำเนาเอกสารประวัติการรักษาทั้งหมด ได่แก่ ประวัติการรักษาผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผลการตรวจสุขภาพ เป็นต้น

☐ ผลการตรวจวินิจฉัยทั้งหมด ○ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ○ ผลการตรวจทาง X-Ray (Imaging Data)

☐ ข้อมูลหรือประวัติการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ☐ ข้อมูลหรือประวัติการรักษาทางจิตเวช

☐ ข้อมูลหรือประวัติการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Disease) ☐ ยินยอมให้แจ้งผลการตรวจรักษาทางโทรศัพท์

☐ ข้อมูลหรือประวัติการรักษาแอลกอฮอล์และสารเสพติด ☐ ใบเคลมประกัน

☐ ข้อมูลหรือประวัติการตรวจทางพันธุกรรม ☐ ใบชันสูตร

☐ ใบรับรองแพทย์, ใบคำรับรองแพทย์เพื่อเบิกสิทธิราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

☐ ยินยอมให้เปิดเผยเอกสารข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ บัตรประชาชน พาสปอร์ต ใบขับขี่ บัตรประกัน เอกสารการเดินทาง เป็นต้น

☐ อื่น ๆ _____

หมายเหตุ: _____

_____

เหตุผลในการขอ เพื่อนำไปใช้ในการ

☐ เบิกค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกัน ☐ เพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อที่โรงพยาบาล _____

☐ เบิกเงินทดแทนจากสำนักงานประกันสังคม ☐ สมัครทำประกัน

☐ เบิกเงินทดแทนจากหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ ☐ เพื่อเป็นข้อมูลส่งให้กับทางบริษัทที่ทำงานอยู่

☐ เพื่อประกอบการเข้าทำงาน ☐ อื่นๆ (ระบุ) _____

ซึ่งในการดำเนินการขอข้อมูลทางด้านสุขภาพนี้

☐ ข้าพเจ้าดำเนินการด้วยตนเอง

☐ ข้าพเจ้าให้ความยินยอมทางโทรศัพท์

○ ยินยอม ○ ไม่ยินยอม

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ขอคำยินยอม_____วันที่ _____เวลา_____

☐ ขอมอบอำนาจ / ผู้ใช้อำนาจของผู้ป่วย (ระบุ)

นาย/นาง/นางสาว _____ เกี่ยวข้องในฐานะ_____

บัตรประจำตัวประชาชน/ใบขับขี่/บัตรอื่น_____ เลขที่_____

บ้านเลขที่ _____ ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____จังหวัด_____

โทรศัพท์ _____ เป็นผู้ดำเนินการแทน

ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบดีว่า ข้อมูลทางการแพทย์ถือเป็นข้อมูลความลับผู้ป่วย ที่บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา มีหน้าที่ ที่จะรักษาข้อมูลความลับและไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลใด ๆ แก่ผู้อื่น โดยมิได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ดังนั้นข้อมูลทางการแพทย์ที่นำออกจากโรงพยาบาล จึงไม่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา

อนึ่ง กรณีที่ข้าพเจ้าให้บุคคลอื่นเป็นผู้ดำเนินการขอข้อมูลทางด้านสุขภาพแทนข้าพเจ้านั้น ให้ถือว่าหนังสือฉบับนี้เป็นหนังสือมอบอำนาจของข้าพเจ้า เพื่อให้ผู้ที่ข้าพเจ้าได้ระบุชื่อไว้ข้างต้นเป็นผู้มีอำนาจดำเนินการแทนข้าพเจ้าได้

ลงชื่อ _____ ผู้ป่วย/ผู้ใช้อำนาจ/ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้รับการตรวจสุขภาพ ลงชื่อ _____ พยาน

(_____) (_____)

การรับเอกสาร ☐ มารับเอง

ลงชื่อ_____ ผู้ป่วย /ผู้ใช้อำนาจ /ผู้รับมอบอำนาจ /ผู้รับการตรวจสุขภาพ

(_____)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ _____ เวลา _____

☐ ให้จัดส่งทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ _____ tracking No _____ ผู้ส่ง_____ วันที่_____

☐ จัดส่งทาง โทรสาร หมายเลข_____ ผู้ส่ง_____ วันที่_____ เวลา_____

☐ จัดส่งเอกสาร ทาง E-Mail Address _____ ผู้ส่ง_____ วันที่_____ เวลา_____

หมายเหตุ : ผู้ใช้อำนาจของผู้ป่วย หมายถึง ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 20 ปี หรือ ไม่ได้บรรลุนิติภาวะโดยจดทะเบียนสมรส) ผู้อนุบาลของผู้ไร้ความสามารถตามคำสั่งศาล, ผู้พิทักษ์ของบุคคลผู้เสมือนไร้ความสามารถตามคำสั่งศาล

BANGKOK HOSPITAL PATTAYA

สำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเท่านั้น

<u>ส่วนที่ 1</u> เอกสารประกอบการร้องขอ

ผู้ร้องขอ	เอกสารที่ต้องใช้
○ ผู้ป่วย	☐ หนังสือแสดงความยินยอม ☐ สำเนาบัตรประชาชน
○ ผู้มีอำนาจ	☐ หนังสือแสดงความยินยอม ☐ คำสั่งศาล ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย ☐ สำเนาใบมรณะบัตร (กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต) ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีอำนาจ ☐ สูติบัตร ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน (กรณีผู้ป่วยเป็นบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือ บิดามารดาที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน)
○ ผู้รับมอบอำนาจ เช่น สามี/ภรรยา ตัวแทน	☐ หนังสือแสดงความยินยอม ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ ☐ ค่าธรรมเนียม _____ บาท (กรณีบริษัทประกันหรือตัวแทนประกัน) ○ เงินสด ○ เช็คธนาคาร _____ เลขที่เช็ค _____

<u>ส่วนที่ 2</u> กรณีขอสำเนาข้อมูลทางการแพทย์

สำหรับเจ้าหน้าที่แผนก _____

เรียน แพทย์ /ผู้รับมอบหมาย

○ ผู้ป่วย /ผู้รับการตรวจสุขภาพ

○ ผู้มีอำนาจ /ผู้รับมอบอำนาจของผู้ป่วย นาย/นาง/นางสาว_____

มีความประสงค์ขอข้อมูลทางด้านสุขภาพ เพื่อวัตถุประสงค์ตามเบื้องต้น โดยขอตั้งแต่

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ ถึงวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ _____ เจ้าหน้าที่แผนกทะเบียน

(_____)

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ._____ เวลา _____

รับทราบและให้ดำเนินการเพิ่มเติม _____

_____

_____

แพทย์ /ผู้รับมอบหมาย

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ เวลา _____