



แบบฟอร์มขอคัดถ่ายสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
(กรณีผู้มีอำนาจกระทำการแทน)

F-WI-277/02,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

๑. กรณีที่ผู้ป่วยต้องเข้ารักษาพยาบาลฉุกเฉินไม่สามารถมาได้ด้วยตนเอง

๑.๑ แนบสำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการหรือบัตรอื่นๆที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกให้ของผู้มาขอประวัติการรักษา 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