



แบบฟอร์มหนังสือแสดงความยินยอมและมอบอำนาจให้เปิดเผยข้อมูล
ประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

F-WI-277/03,Rev.00

หนังสือแสดงความยินยอมและมอบอำนาจให้เปิดเผยข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

หนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า..... อายุปี 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
อำนาจในการขอประวัติการรักษาพยาบาลและ/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