

คำร้องขอทราบประวัติการรักษาพยาบาล

เขียนที่ โรงพยาบาลท่าตะเกียบ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอทราบประวัติการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าตะเกียบ

ด้วย ข้าพเจ้า.....เกี่ยวข้องเป็น

.....ของผู้ป่วย มีความประสงค์ขอทราบประวัติการ

รักษาพยาบาลของ.....เลขที่ (HN).....โดยขอหลักฐานเป็น

สำเนาเวชระเบียน

ใบรับรองแพทย์ ประกันชีวิต

ซึ่งได้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วย.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....เพื่อนำไป

ประกอบการรักษาพยาบาล ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย ประกอบการพิจารณาประกันชีวิต

โดยนำหลักฐานมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ดังนี้

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล ใบมรณะบัตรกรณีเสียชีวิต

หนังสือยินยอมของบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ

สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาใบเกิด สำเนาใบทะเบียนสมรสหรือสำเนาบัตรข้าราชการของผู้ยื่น

คำร้องและผู้ป่วย พร้อมรับรองสำเนาโดยตนเอง ถ้าผู้ยื่นคำร้องเขียนหนังสือไม่ได้ให้พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็น

หลักฐานในช่องลงชื่อ

เงินค่าธรรมเนียมขอทราบประวัติการรักษาพยาบาล จำนวน 200 บาท

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน(ญาติ)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน (เจ้าหน้าที่)

(.....)

เสนอ ผู้อำนวยการ

ความเห็น อนุมัติ

ไม่อนุมัติ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(นายเกริกภัทร ลิ้มปวยอม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

หนังสือยินยอมและกระทำการแทนให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

โรงพยาบาลท่าตะเกียบ

เขียนที่ โรงพยาบาลท่าตะเกียบ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

บัตรประชาชนเลขที่.....ซึ่งเป็นเจ้าของประวัติ หรือทายาทโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในการเปิดเผยประวัติการรักษาของโรงพยาบาลท่าตะเกียบ ซึ่งได้ให้การรักษาพยาบาลแก่.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า

ซึ่งมีอำนาจแจ้งการเจ็บป่วยที่ได้รับการรักษา ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา การสำเนาเอกสารทางการแพทย์ทั้งหมดเพื่อวัตถุประสงค์.....โดยมอบหมายให้.....กระทำการแทนข้าพเจ้า

หากผลอันเนื่องจากการกระทำของบรรดาคนทำให้ข้าพเจ้า ทายาทโดยชอบธรรม หรือผู้มีส่วนได้เสีย ได้รับความเสียหาย ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องหรือฟ้องร้องดำเนินคดีในทางแพ่งและทางอาญาหรือทางใดทางหนึ่งกับผู้ดำเนินการเปิดเผยประวัติของ โรงพยาบาลท่าตะเกียบและส่วนราชการต้นสังกัดโรงพยาบาลท่าตะเกียบ แต่หากโรงพยาบาลท่าตะเกียบได้รับความเสียหายอันเกิดจากการเปิดเผยในครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลท่าตะเกียบเรียกร้องหรือฟ้องร้องในทางแพ่งหรืออาญาได้

เพื่อเป็นหลักฐานตามหนังสือฉบับนี้ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้กระทำการแทน

เจ้าของประวัติหรือทายาทโดยชอบธรรม

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน (ญาติผู้ขอประวัติ)

พยาน (เจ้าหน้าที่)

หมายเหตุ เจ้าของประวัติหรือทายาทโดยชอบธรรมและผู้กระทำการแทน จะต้องสำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรอื่นๆ ที่ส่วนราชการออกให้ และมีเลขบัตรประชาชนและรูปถ่าย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องให้เรียบร้อย ถ้าเจ้าของประวัติเสียชีวิต ต้องนำใบมรณะบัตรมาแทนด้วยทุกครั้ง