หนังสือยินยอมและกระทำการแทนให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

โรงพยาบาลเพ็ญ

เขียนที่ โรงพยาบาลเพ็ญ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

อยู่บ้านเลขที่.....หมูที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

บัตรประชาชนเลขที่.....ซึ่งเป็นเจ้าของประวัติการรักษาหรือทายาทโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในการเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเพ็ญ ซึ่งได้ให้การรักษาพยาบาลแก่.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า ซึ่งมีอำนาจแจ้งการเจ็บป่วยที่ได้รับการรักษา ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา การสำเนาเอกสารทางการแพทย์ทั้งหมด เพื่อวัตถุประสงค์ .....โดยมอบหมายให้ .....กระทำการแทนข้าพเจ้า

หากผลอันเนื่องจากการกระทำของวรรคแรกทำให้ข้าพเจ้า ทายาทโดยชอบธรรม หรือผู้มีส่วนได้ เสียได้ รับความเสียหาย ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องหรือฟ้องร้องดำเนินคดีในทางแพ่งและทางอาญาหรือทางใดทางหนึ่งกับผู้ดำเนินการ เปิดเผยประวัติของ โรงพยาบาลเพ็ญและส่วนราชการต้นสังกัดโรงพยาบาลเพ็ญ แต่หากโรงพยาบาลเพ็ญ ได้รับความเสียหายอันเกิดจากการเปิดเผยในครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลเพ็ญเรียกร้องหรือฟ้องร้องในทางแพ่งหรืออาญาได้

เพื่อเป็นหลักฐานตามหนังสือฉบับนี้ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
ผู้กระทำการแทน	เจ้าของประวัติหรือทายาทโดยชอบธรรม
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
พยาน (ญาติผู้ขอประวัติ)	พยาน (เจ้าหน้าที่)

<u>หมายเหตุ</u> : เจ้าของประวัติหรือทายาทโดยชอบธรรมและผู้กระทำการแทน จะต้องสำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรอื่นๆ ที่ส่วนราชการออกให้ และมีเลขบัตรประชาชนและรูปถ่าย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องให้ เรียบร้อย หากเจ้าของประวัติเสียชีวิต ต้องนำใบมรณะบัตรมาแทนด้วยทุกครั้ง