ใบคำร้องขอถ่ายสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
โรงพยาบาลเพ็ญ

เขียนที่ **โรงพยาบาลเพ็ญ**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(ผู้เขียนคำร้อง)ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....บัตรประชาชนเลขที่.....
เกี่ยวข้องเป็น.....กับเจ้าของประวัติ
มีความประสงค์ขอสำเนา ☐ ประวัติการรักษาพยาบาล ☐ ภาพถ่าย X-ray/CD X-ray
☐ ผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ (ผล Lab) ☐ อื่นๆ(ระบุ).....
ของ ☐ ตนเอง
☐ .....
เพื่อวัตถุประสงค์ ☐ ประกอบการรักษาพยาบาล/รักษาต่อที่ (ระบุ).....
☐ ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย
☐ ประกอบการพิจารณาการทำประกันชีวิตบริษัท(ระบุ).....
☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ได้นำหลักฐานมาประกอบการถ่ายสำเนาประวัติการรักษาพยาบาล ดังนี้

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ หรือหนังสือต่างด้าวของเจ้าของประวัติ
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของประวัติ
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ หรือหนังสือต่างด้าวของผู้รับมอบอำนาจ
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับมอบอำนาจ
- ☐ หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของเจ้าของประวัติ
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรส/หย่า (ถ้ามี) ☐ สำเนาใบสูติบัตร/มรณะบัตร
- ☐ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี) ☐ อื่นๆ(ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า หลักฐานที่แสดงนี้เป็นหลักฐานที่ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ ทั้งนี้ หากไม่ถูกต้องหรือไม่เป็นความจริง และทำให้เกิดความเสียหายแก่ข้าพเจ้าหรือบุคคลใด ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบความเสียหายนั้น และข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องหรือฟ้องร้องดำเนินคดีในทางแพงและทางอาญาหรือทางใดทางหนึ่งกับผู้ดำเนินการ เปิดเผยประวัติของโรงพยาบาลเพ็ญและส่วนราชการต้นสังกัดโรงพยาบาลเพ็ญ แต่หากโรงพยาบาลเพ็ญ ได้รับความเสียหายอันเกิดจากการเปิดเผยในครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลเพ็ญเรียกร้องหรือฟ้องร้องในทางแพ่งหรืออาญาได้

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

☐ ได้รับมอบเอกสารเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....
(.....)
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำร้อง.
(.....)
ลงชื่อ..... พยาน (ญาติผู้ขอประวัติ)
(.....)
ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่)
(.....)

☐ ประสงค์จะให้โรงพยาบาลจัดส่งเอกสารทางไปรษณีย์
ชื่อ-สกุล ผู้รับ.....
ที่อยู่ .....
.....
.....
.....

หมายเหตุ : การจัดส่งเอกสารทางไปรษณีย์ มีค่าธรรมเนียมการจัดส่ง จำนวน 50 บาท

<u>เฉพาะเจ้าหน้าที่</u>

☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....