

แบบฟอร์มแสดงความจำนงขอรับข้อมูลผู้ป่วยโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย / ขอใบสรุปการรักษา

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ด้วยข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) อายุ.....ปี

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ของผู้ป่วย(นาย/นาง/นางสาว) บัตรคนไข้เลขที่.....

มีความประสงค์ขอสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย / ขอใบสรุปการรักษา โดยมีจุดประสงค์เพื่อ

- เพื่อใช้ในการรักษาต่อ
- เพื่อใช้ประกอบกับประกันชีวิต
- อื่น ๆ (ระบุ).....

พร้อมได้แนบหลักฐานดังต่อไปนี้

- หนังสือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย
- สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาบัตรข้าราชการของผู้ป่วย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาบัตรข้าราชการของผู้มาขอ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- อื่น ๆ (ระบุ).....

(ลงชื่อ).....ผู้ขอข้อมูล

(.....)

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

- หลักฐานแสดงความจำนงครบถ้วน ถูกต้อง
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ต่อไปด้วย
- ประสานข้อมูลกับ.....
ผู้ให้ข้อมูลชื่อ-นามสกุล.....
เป็นการขอข้อมูลเพื่อการรักษาต่อจริง
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ต่อไปด้วย

- อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ เพราะ.....

.....
(.....)

.....
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี / ผู้ปฏิบัติราชการแทน

แบบฟอร์มหนังสือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) อายุ.....ปี

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ของผู้ป่วย(นาย/นาง/นางสาว) บัตรคนไข้เลขที่.....

ยินยอมให้ศูนย์มะเร็ง ทพบุรี เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย และหลักฐานอื่นๆ ในการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา ของ(นาย / นาง / นางสาว) ให้กับ

1. นาย / นาง / นางสาว อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... เกี่ยวข้องเป็น.....

2. บริษัทประกันชีวิต (ระบุชื่อ).....

3. อื่นๆ (ระบุ).....

โดยมีจุดประสงค์เพื่อ

เพื่อใช้ในการรักษาต่อ

เพื่อใช้ประกอบกับประกันชีวิต

อื่น ๆ (ระบุ).....

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

กรณีผู้ให้ความยินยอมเขียนหนังสือไม่ได้ให้พิมพ์ลายมือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ
(นิ้วหัวแม่มือขวา กรณีจำเป็นต้องพิมพ์นิ้วมืออื่น ให้ระบุด้วย)

เอกสารฉบับนี้เป็นลิขสิทธิ์ของ โรงพยาบาลมะเร็ง ทพบุรี