โรงพยาบาล วิชัยเวช อินเตอร์เนชั่นแนล อ้อมน้อย

ใบคำขอประวัติผู้ป่วย

เลขที่รับ : .....
วันที่รับ : .....
ผู้รับ : .....

วันที่ .....

ข้าพเจ้า(นาย / นาง / นางสาว) .....

ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....

มีความประสงค์ขอประวัติของผู้ป่วยชื่อ – ชื่อสกุล .....

HN ..... AN.....

เพื่อวัตถุประสงค์ นำไปใช้ดำเนินการ .....

.....

ข้าพเจ้าฯ ขอรับรองว่า เป็นผู้มีสิทธิในการขอประวัติผู้ป่วยดังกล่าว เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็น ☐ ผู้ป่วยเอง ☐ ญาติผู้มีอำนาจ คือ.....ของผู้ป่วย และขอรับผิดชอบต่อความเสียหายใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการเปิดเผยข้อมูลประวัติผู้ป่วยดังกล่าว ทุกกรณี

ลงชื่อ ..... ผู้ขอประวัติ ลงชื่อ..... จนท.ผู้รับเรื่อง

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

เพื่อปกป้องข้อมูลความลับของผู้ป่วยตาม พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ทางโรงพยาบาลฯ ขอสงวนสิทธิในการพิจารณา เปิดเผยประวัติผู้ป่วย เฉพาะกับผู้มีสิทธิเข้าถึงและตามความจำเป็นเท่านั้น

ผู้รับประวัติการรักษา :

ลงชื่อ..... ผู้รับเอกสาร ○ ผู้ยื่นคำร้อง ○ มีหนังสือมอบอำนาจ เกี่ยวข้องเป็น.....

(.....) วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้ส่งมอบเอกสาร(เจ้าหน้าที่เวชระเบียน) (.....)

เจ้าหน้าที่การเงิน : ค่าบริการ ..... บาท ลงชื่อ .....ผู้รับเงิน (.....)

ส่วนของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล สำนักงานแพทย์/ผู้มีอำนาจพิจารณา :

○ แพทย์เจ้าของไข้เขียนสรุปประวัติ ○ แพทย์เจ้าของไข้คัดประวัติ ○ อื่นๆ .....

การคัดสำเนาประวัติ :

○ **ทะเบียนประวัติผู้ป่วย (OPD CARD)** ○ **SUMMARY DISCHARGE** ○ **DOCTOR'S ORDER** ○ **OPERATIVE RECORD**

○ **NURSE NOTE** ○ **GRAPHIC CHART** ○ **LAB** ○ **X - RAY** ○ **PROGRESS NOTE** ○ **อื่นๆ .....**

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการ ลงชื่อ..... ผู้อนุมัติ

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

ผลดำเนินการ : .....

.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่เวชระเบียน (.....) วันที่.....