



แบบฟอร์มการขอเปิดเผยประวัติผู้ป่วย

คำร้องขออนุมัติเปิดเผยการรักษาผู้ป่วย

โรงพยาบาลกระบี่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติเปิดเผยประวัติการรักษาผู้ป่วย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่

ด้วยข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน/ซอย.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวข้าราชการ.....หมดอายุ.....
มีความประสงค์ที่จะขอ ☐ ถ่ายสำเนาประวัติผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.....
HN ผู้ป่วย.....AN ผู้ป่วย.....
เพื่อนำไปใช้ในการ ☐ ประกอบการรักษาพยาบาลโรงพยาบาล ประมาณ ๓-๕ วันทำการ.....
☐ ประกอบการทำประกันสังคม(๑๔วันทำการ) ☐ ประกอบการคัดเลือกทหาร(๑๔วันทำการ)
☐ เป็นหลักฐานทางกฎหมาย (๑๔ วันทำการ) ☐ เบิกค่าสินไหมทดแทนจากบริษัท.....
☐ อื่น ๆ(๑๔ วันทำการ)
ซึ่งข้าพเจ้าเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย/ผู้เสียชีวิต เบอร์โทรติดต่อ.....

โดยนำหลักฐานมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ดังนี้

๑. หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติ
๒. บัตรประจำตัวประชาชนข้าราชการ และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการของผู้ป่วย
(ผู้ยินยอมได้เปิดเผยประวัติ)
๓. บัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการของผู้ยื่นคำร้อง

ข้าพเจ้าทราบดีว่า การกระทำของข้าพเจ้าอาจเกิดผลเสียต่อทางโรงพยาบาล/แพทย์ผู้ให้รายละเอียด/
ผู้ปฏิบัติตามคำขอของข้าพเจ้า หากมีผลเสียที่เกิดขึ้นจากการกระทำของข้าพเจ้าในครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบ
ในส่วนที่เกิดความเสียหาย และยินดีให้ผู้อาจได้รับความเสียหายใช้หนังสือฉบับนี้ยืนยันต่อผู้เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการ
(.....) (.....)

หมายเหตุ กรณีเพื่อการรักษาต่อโรงพยาบาลอื่น ระยะเวลาดำเนินการ ☐ ๓-๕ วันทำการ ☐ ให้ดำเนินการทันที
หากไม่สะดวกในการมารับเอกสาร กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่

ค่าธรรมเนียมในการขอประวัติ
จำนวน.....บาท

ลายมือชื่อ.....ผู้รับเอกสาร
เกี่ยวข้องเป็น.....วันที่.....

(FR-Mo๓-๐๐๕)

อัครลักษณ์โรงพยาบาลกระบี่ "ชื่อสัตย์ ประหยัด เอื้ออาทร"