



หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา
และขอสำเนาเวชระเบียน

โรงพยาบาลศรีรัตนะ ๑๘๒ ม.๑๕
ต.ศรีแก้ว อ.ศรีรัตนะ
จ.ศรีสะเกษ๓๓๒๔๐

วันที่

ข้าพเจ้า (นาย /นาง/นส.) (ผู้ขอสำเนาประวัติ) อายุ ปี
ที่อยู่ เกี่ยวข้องเป็น
ของ (นาย /นาง/นส.)..... ผู้เป็นเจ้าของประวัติ

ขอให้ความยินยอมต่อแพทย์ หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ของโรงพยาบาลศรีรัตนะ สามารถเปิดเผยข้อมูลประวัติการรักษา ผลการตรวจพิเศษทั้งหมดในเวชระเบียน ทั้งในอดีตและปัจจุบันให้กับผู้ขอสำเนาประวัติ ซึ่งการให้ความยินยอมในการเปิดเผยประวัติครั้งนี้ เพื่อ

- ประกอบการพิจารณาจ่ายสินไหม
- ประกอบหลักฐานเกี่ยวกับคดี
- ประกอบการตรวจรักษา.....
- อื่น ๆ

โดยข้าพเจ้าได้ทำหนังสือยินยอมนี้ด้วยความสมัครใจ และไม่ตั้งใจที่จะดำเนินการทางกฎหมายใด ๆต่อผู้ที่เปิดเผยข้อมูลประวัติดังกล่าว

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม/ผู้ขอประวัติ

()

ลงชื่อ พยาน

()

ลงชื่อ ผู้อนุญาต

(นายแพทย์พงศนาถ หาญเจริญพิพัฒน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีรัตนะ

สำหรับเจ้าหน้าที่ () ตรวจสอบเอกสาร กรณีเจ้าของประวัติ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

กรณีผู้แทน ทายาทโดยชอบธรรม สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาทะเบียนสมรส เจ้าของประวัติ
และผู้ขอกรณีเสียชีวิต หลักฐานใบมรณะบัตร

() การดำเนินการ สำเนาเวชระเบียนแล้ว

ลงชื่อ

()

ตำแหน่ง

วตป