

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เขียนที่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย, นาง, นางสาว).....

บ้านเลขที่.....หมู่.....(ตรอก/ซอย/ถนน).....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

เกี่ยวข้องกับ () ผู้ป่วย

() ผู้แทนผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....ในฐานะเป็น.....

(บุตร/บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา) ของผู้ป่วย ยินยอมให้โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน เปิดเผยประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยหรือสิ่งอื่น ๆ ที่ได้จากการตรวจพบในระหว่างการรักษา (ระบุชื่อผู้ป่วย).....

เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยหรือผู้มีส่วนได้เสีย รวมทั้งการรักษาพยาบาลในอนาคต เพื่อวัตถุประสงค์ ดังนี้

() เพื่อนำไปประกอบการรักษาพยาบาล

() เพื่อนำไปเป็นเอกสารประกอบทางกฎหมาย/คดี/ศาล ฯลฯ

() เพื่อการเคลมประกันชีวิตบริษัท.....

() อื่นๆ (โปรดระบุ).....

พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาแสดงด้วยดังนี้

() สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย

() สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของข้าพเจ้า

() อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

**หมายเหตุ ถ้าผู้ให้ความยินยอมเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายมือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ