แบบฟอร์มการขอประวัติการรักษาและถ่ายสำเนาเวชระเบียน

เขียนที่...................................

วันที่...

เรื่อง ขอถ่าย/คัดลอกสำเนาเวชระเบียน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

ด้วยข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)...

เกี่ยวข้องเป็น..ของผู้ป่วย มีความประสงค์ขอถ่ายสำเนาประวัติการรักษา

ของ..อายุ ....ปี

ซึ่งเข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่...เดือน.....................................พ.ศ..............................

ถึงวันที่...เดือน.....................................พ.ศ..............................

กรณี ☐ ผู้ป่วยนอก (H.N...................................) ☐ ผู้ป่วยใน (A.N.......................................)

เพื่อ ☐ ประกอบการรักษาพยาบาล ☐ ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

☐ ทำประกันชีวิต หรือรับผลประโยชน์ประกันชีวิต ☐ อื่นๆ (ระบุ)...

โดยนำหลักฐานมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ดังนี้

☐ หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

☐ หนังสือขอประวัติการรักษาจากแพทย์/โรงพยาบาล ที่ต้องการ

☐ บัตร และสำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการของผู้ป่วย

☐ บัตร และสำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการของผู้ยื่นคำร้อง(ผู้แทนโดยชอบธรรม)

☐ อื่นๆ ระบุ...

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.. ลงชื่อ...

(..) (..)

รองผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ เบอร์โทรศัพท์.......................................

ผู้ขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน

อนุมัติ

ลงชื่อ..

(...)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

**หมายเหตุ ถ้าผู้ยื่นคำร้องเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายมือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ