



แบบฟอร์มการขอเอกสาร/สำเนาเอกสารของบุคคลภายนอกหรือหน่วยงานภายนอก

เอกสารแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ (Consent Form)

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

บัตรประจำตัวประชาชน/ใบขับขี่/บัตรอื่น ๆ คือ..... เลขที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตรอก/ซอย..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ จะขอเอกสารทางการแพทย์ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ วันที่.....

ถึง วันที่..... ชื่อ..... HN..... ดังนี้

- Request for medical records, X-ray data, etc.

ซึ่งในการดำเนินการข้อมูลทางด้านสุขภาพนี้

- Options for data handling: self, or authorized person.

นาย/นาง/นางสาว..... เกี่ยวข้องในฐานะ.....

บัตรประจำตัวประชาชน/ใบขับขี่/บัตรอื่น ๆ คือ..... เลขที่.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตรอก/ซอย..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์..... เป็นผู้ดำเนินการแทน

ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบว่า ข้อมูลทางการแพทย์ถือเป็นข้อมูลความลับผู้ป่วย ที่บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีหน้าที่ที่จะรักษาข้อมูลความลับและไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลใดๆ แก่ผู้อื่น โดยมีได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ดังนั้น ข้อมูลทางการแพทย์ที่นำออกจากโรงพยาบาล จึงไม่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

อนึ่ง กรณีที่ข้าพเจ้าให้บุคคลอื่นเป็นผู้ดำเนินการขอข้อมูลทางด้านสุขภาพแทนข้าพเจ้านั้น ให้ถือว่า หนังสือฉบับนี้เป็นหนังสือมอบอำนาจของข้าพเจ้า เพื่อให้ผู้ที่ข้าพเจ้าได้ระบุชื่อไว้ข้างต้นเป็นผู้มีอำนาจดำเนินการแทนข้าพเจ้าได้

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบต่อเอกสารที่ข้าพเจ้าได้รับจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ แห่งนี้ หากนำไปใช้ประกอบการอื่นนอกจากที่ได้รับระบุไว้ จนก่อให้เกิดความเสียหายแก่โรงพยาบาลฯ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและทางอาญา ต่อโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ต่อไป

ลงชื่อ..... ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจของผู้ป่วย..... ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ.....

เหตุผลในการขอ เพื่อนำไปใช้ในการ

- Reasons for request: insurance, legal, etc.

การรับเอกสาร

- Options for document receipt: self, fax, email.

หมายเหตุ : การส่งเอกสารทาง Fax, E-mail จะยกเว้นผลการตรวจวิเคราะห์ HIV และผลวิเคราะห์สิ่งเสพติดทุกชนิด

ข้าพเจ้าได้รับมอบเอกสารที่ร้องขอถูกต้องสมบูรณ์ทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจ/ผู้รับมอบอำนาจ/ผู้รับการตรวจสุขภาพ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจของผู้ป่วย หมายถึง ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 18 ปี หรือ ไม่ได้บรรลุนิติภาวะโดยจดทะเบียนสมรส) ผู้ดูแลของผู้ไร้ความสามารถตามคำสั่งศาล , ผู้พิทักษ์ของบุคคลผู้เสมือนไร้ความสามารถตามคำสั่งศาล

ส่วนที่ 2 สำหรับงานคลัง (ศูนย์รับเงิน 1)

เรียน เจ้าหน้าที่งานคลัง

เพื่อโปรดเรียบเก็บเงินค่าบริการในการออกเอกสารเกี่ยวกับบุคคลฯ ตามประกาศ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ฉบับที่ ร 4/2555 จำนวน.....บาท (.....)

งานคลัง ได้รับเงินค่าธรรมเนียมฯ ไว้แล้วจาก.....จำนวนเงิน.....บาท

ตามใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

วันที่.....

ส่วนที่ 3

เรียน หัวหน้างานเวชระเบียนและสถิติ

ขอความกรุณายืม OPD CARD และรายงานของผู้ป่วยรายนี้

ส่งงานบริหารโรงพยาบาล ภายในวันที่.....ต่อไปด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ส่วนที่ 4

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

อนุมัติ