

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

HN

เขียนที่.....

AN

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอผลการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....อายุ.....ปี
เกี่ยวข้องกับ.....ของ (นาย, นาง, นางสาว).....ยินยอมให้เปิดเผยประวัติ
การรักษาของ (นาย/นาง/นางสาว).....ให้แก่ บริษัท/ โรงพยาบาล/
อื่นๆ.....ได้ โดยข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะดำเนินการ ตามกฎหมายใดๆ ต่อผู้ที่เปิดเผยข้อมูลดังกล่าว

- | | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | ยินยอมให้เปิดเผยประวัติ |
| <input type="radio"/> | สำเนาบัตรประชาชน |
| <input type="radio"/> | สำเนาทะเบียนบ้าน |
| <input type="radio"/> | สำเนาใบมรณะบัตร |
| <input type="radio"/> | สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต (ประทุบตาย) |
| <input type="radio"/> | ทะเบียนสมรส |
| <input type="radio"/> | แบบฟอร์มสรุปประวัติ โรงพยาบาล/บริษัท |
| <input type="radio"/> | ถ่ายเอกสาร |
| <input type="radio"/> | ขอผลการตรวจ..... |
| <input type="radio"/> | ค่าธรรมเนียม.....บาท
(.....) |
| <input type="radio"/> | หนังสือมอบอำนาจ |
| <input type="radio"/> | อื่นๆ..... |

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน (จนท.สารบรรณ)
(.....)

เรียน ผู้อำนวยการ

- เพื่อโปรดทราบ
- เห็นควรแจ้งงานสารบรรณ ดำเนินการ

เลขที่ใบเสร็จ...../..... ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เบอร์โทร.ที่สามารถติดต่อได้.....



โรงพยาบาลเป็ยตาพระยาณรงค์ชัย
Changrai Pracharakon Hospital

F.CRH.003

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)

เลขประจำตัวประชาชน ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่

ตรอก / ซอย ถนน หมู่บ้าน

ตำบล อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์

เกี่ยวข้องกับ () ผู้ป่วย () ผู้แทนผู้ป่วย ชื่อ - สกุล

(ในฐานะเป็นบุตร , บิดา , มารดา , สามี , ภรรยา หรือผู้ชอบธรรมตามกฎหมาย) ระบุ

ขอมอบอำนาจให้ (นาย , นาง , นางสาว) อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่

ตรอก / ซอย ถนน หมู่บ้าน

ตำบล อำเภอ จังหวัด โทรศัพท์

เป็นผู้เปิดเผยประวัติการรักษาและขอทราบประวัติเวชระเบียนของผู้มอบอำนาจ

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุก

ประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ) ผู้มอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ) พยาน
(.....)

(ลงชื่อ) พยาน
(.....)

หมายเหตุ : ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน+ทะเบียนบ้านของผู้มอบอำนาจ และ
สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน+ทะเบียนของผู้รับมอบอำนาจบัตรพร้อมรับรองสำเนาไปแสดงต่อพนักงาน
เจ้าหน้าที่ด้วย



แบบฟอร์มสรุปประวัติผู้ป่วย

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

วันที่.....

ข้าพเจ้า(นายแพทย์ , แพทย์หญิง).....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....ขอสรุปประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย

ชื่อ.....ระหว่างวันที่.....ถึง.....

1. ประวัติการตรวจร่างกาย.....

.....
.....
.....

2. การวินิจฉัย.....

.....
.....
.....

3. การรักษา.....

.....
.....
.....

4. แผนการรักษา.....

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....