บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานวินัยและนิติการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทร.113852
ที่ มอ.104.0135231/65-00103 **วันที่** 31 มีนาคม 2565
เรื่อง การขอความยินยอมจากผู้ป่วย กรณีบันทึกภาพ เสียง

เรียน หัวหน้าสาขาวิชา/หัวหน้าหน่วยงานทุกหน่วย

ตามประกาศคณะแพทยศาสตร์เรื่องนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562

“มาตรา 19 ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลจะกระทำการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูล ส่วนบุคคลไม่ได้หากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลไม่ได้ให้ความยินยอมไว้ก่อนหรือในขณะนั้น เว้นแต่บทบัญญัติ แห่งพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้กระทำได้

การขอความยินยอมต้องทำโดยชัดแจ้ง เป็นหนังสือหรือทำโดยผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ เว้นแต่โดยสภาพไม่อาจขอความยินยอมด้วยวิธีการดังกล่าวได้

ในการขอความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลต้องแจ้งวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลไปด้วย และการขอความยินยอมนั้น ต้องแยกส่วนออกจากข้อความอื่นอย่างชัดเจน มีแบบหรือข้อความที่เข้าถึงได้ง่ายและเข้าใจได้ รวมทั้ง ใช้ภาษาที่อ่านง่ายและไม่เป็นการหลอกลวงหรือทำให้เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลเข้าใจผิดในวัตถุประสงค์ดังกล่าว ทั้งนี้ คณะกรรมการจะให้ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลขอความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ตามแบบและข้อความที่คณะกรรมการประกาศกำหนดก็ได้

ในการขอความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลต้องคำนึงอย่างถึงที่สุดในความเป็นอิสระของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในการให้ความยินยอม ทั้งนี้ ในการเข้าทำสัญญา ซึ่งรวมถึงการให้บริการใด ๆ ต้องไม่มีเงื่อนไขในการให้ความยินยอมเพื่อเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลที่ไม่มีความจำเป็นหรือเกี่ยวข้องสำหรับการเข้าทำสัญญาซึ่งรวมถึงการให้บริการนั้น ๆ

เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลจะถอนความยินยอมเสียเมื่อใดก็ได้โดยจะต้องถอนความยินยอมได้ง่ายเช่นเดียวกับการให้ความยินยอม เว้นแต่มีข้อจำกัดสิทธิในการถอนความยินยอมโดยกฎหมายหรือสัญญาที่ให้ประโยชน์แก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้ การถอนความยินยอมย่อมไม่ส่งผลกระทบต่อ การเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ให้ความยินยอมไปแล้ว โดยชอบตามที่กำหนดไว้ในหมวดนี้”

/เพื่อให้การปฏิบัติงาน...

เพื่อให้การปฏิบัติงานในด้านที่จำเป็นต้องมีการบันทึกภาพ เสียงของผู้ใช้บริการ อันเป็นข้อมูลละเอียดอ่อน ส่งผลกระทบถึงสิทธิของเจ้าของข้อมูลโดยตรง

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณานำไปใช้ในการปฏิบัติงาน

(นายศาณิฒ ทองศรีราช)
รักษาการหัวหน้างานวินัยและนิติการ

เลขที่ ..... งาน.....

ติดต่อ.....

หนังสือยินยอมจากผู้ป่วยโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

สำหรับการสัมภาษณ์ บันทึกภาพ เสียง และ/หรือวีดีทัศน์ และดำเนินการเผยแพร่

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. .....อายุ..... ปี

หมายเลขบัตรประชาชน.....เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ในฐานะ ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ. .....อายุ..... ปี เกี่ยวข้องเป็น.....

หมายเลขบัตรประชาชน.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้า ☐ **ยินยอมให้** ☐ **ไม่ยินยอมให้** .....

(กรณีไม่ยินยอม <u>ให้ขีด X ในช่องไม่ยินยอม พร้อมลงลายมือชื่อกำกับท้ายช่องด้วย</u>)

☐ ข้อมูลการตรวจรักษา ☐ ถ่ายภาพ.....

☐ สัมภาษณ์ ☐ บันทึกเทปวีดีทัศน์.....

☐ บันทึกเสียง ☐ อื่นๆ.....

เพื่อนำไปดำเนินการ ☐ ประกอบการเรียนการสอน

☐ เผยแพร่ผ่านสื่อมวลชน

☐ หนังสือพิมพ์ ☐ โทรทัศน์

☐ วิทยุ ☐ นิตยสาร/วารสาร

☐ เผยแพร่ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์

☐ โปสเตอร์ ☐ แผ่นปลิว

☐ แผ่นพับ ☐ อื่นๆ.....

☐ เผยแพร่ผ่าน Social Media .....

เรื่อง.....

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นที่เข้าใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน โดยข้าพเจ้าหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้า จะไม่เรียกร้องหรือฟ้องร้องในทุกกรณี

ลงชื่อ..... ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย

(.....)

ขอรับรองว่าผู้ป่วยหรือผู้แทนผู้ป่วยได้ลงลายมือชื่อแสดงเจตนาหรือพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าพยานจริง

ลงชื่อ..... พยาน เกี่ยวข้องเป็น.....

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน เกี่ยวข้องเป็น.....

(.....)

ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือผู้ป่วย

☐ ขวา ☐ ซ้าย

☐ อื่นๆ ระบุ.....

**กรณีฉุกเฉินและคุกคามต่อชีวิตหรือร่างกายผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้เอง และญาติผู้ตัดสินใจไม่อยู่

*ระบุสาเหตุที่ผู้ป่วยมิอาจให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง

☐ อายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์

☐ ผู้บกพร่องทางกาย-จิต ระบุ.....

☐ อื่นๆ ระบุ.....

บัตรประจำตัวผู้แสดงความยินยอมแทนผู้ป่วย

ชนิดของบัตร.....หมายเลขบัตร.....

สังกัด.....สถานที่ออกบัตร.....

วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา..... สถานที่ .....

เรื่อง.....