

หนังสือมอบอำนาจ ขอแก้ไขประวัติการรักษาพยาบาล/เอกสารทางการแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ..... ปี
เลขประจำตัวประชาชน..... ในฐานะ ผู้ป่วย บิดา/มารดา บุตร คู่สมรส
ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ขอมอบอำนาจให้ นาย/นาง/นางสาว..... อายุ..... ปี
เลขประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการแทนข้าพเจ้า ในการขอแก้ไขประวัติการรักษาพยาบาล/เอกสารทางการแพทย์
ของผู้ป่วยชื่อ-สกุล..... เลขบัตร รพ.ม.อ. (HN)..... อายุ..... ปี
โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....

ซึ่งข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยและการ
รักษาพยาบาล และขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้า
ได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ

เพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ ได้ลงลายมือชื่อ/พิมพ์ลาย
นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยานคนที่ 1
(.....)

ลงชื่อ พยานคนที่ 2
(.....)

กรุณาเตรียมเอกสารที่ต้องแสดงต่อเจ้าหน้าที่

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้มอบอำนาจ 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ 1 ฉบับ
3. ผู้มอบอำนาจเป็นญาติสายตรง หรือเป็นผู้มีอำนาจตามกฎหมาย ดำเนินการแทนผู้ป่วย
ในกรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือไม่มีสติสัมปชัญญะ กรุณาแนบสำเนาหลักฐาน
ที่เชื่อได้ว่าเป็นญาติสายตรง หรือเป็นผู้มีอำนาจตามกฎหมาย 1 ฉบับ
(เช่น สูติบัตร ทะเบียนบ้าน ใบสำคัญสมรส คำสั่งศาล)
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสูติบัตรของผู้ป่วย (กรณีผู้มอบอำนาจไม่ใช่ผู้ป่วย)

พร้อมลงชื่อรับรองสำเนา