



ใบคำขอรับเอกสารทางการแพทย์เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาล

มอ 104.2639150/.....(.....)

ส่งภาควิชา.....

เอกสารเลขที่...../.....

เขียนที่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ข้าพเจ้า (ผู้เขียนคำร้อง) นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็น: □ เจ้าของประวัติ □ บิดา □ มารดา □ คู่สมรส □ บุตร □ ผู้ดำเนินการแทน (ระบุ).....

ประสงค์ขอประวัติการรักษาของผู้ป่วย ชื่อ.....เลขบัตร รพ.(HN.)..... เพื่อนำไปใช้

□ 1) เพื่อรักษาต่อเนื่องที่ รพ. (ระบุ) □ 2) ต่อสิทธิส่งตัว รพ. ต้นสังกัด

สำเนาประวัติที่ขอคัดลอก

☐ ให้แพทย์สรุปประวัติรักษาพยาบาลเกี่ยวกับโรค.....

☐ ผลตรวจชิ้นเนื้อ.....

☐ ผล X-ray, ผล Lab, CT/MRI/mammogram /

การรับประวัติ :

☐ รับด้วยตนเอง ☐ ผู้มารับแทน (ระบุชื่อ)

☐ ส่งทางไปรษณีย์

☐ ที่อยู่ผู้ขอประวัติ ตามที่อยู่ระบุไว้ข้างต้น หรือ

☐ ที่อยู่ตามบัตรประชาชน (ระบุ).....

☐ ที่อยู่อื่นๆ

☐ E-mail(จัดส่งให้แพทย์ หรือ พยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโดยตรงเท่านั้น)

ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สามารถเปิดเผยประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาที่ขอไว้ข้างต้นทั้งหมด ตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 มาตรา 24 (7) และขอรับรองว่าจะนำประวัติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ไม่เพื่อประกอบการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นเท่านั้น หากข้าพเจ้าแจ้งข้อมูลอันเป็นเท็จทำให้เกิดความเสียหายใดๆ ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เขียนคำร้อง วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับสำเนาประวัติ วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่เวชระเบียน

เรียน แพทย์ผู้รักษา/แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง.....

พิจารณาการขอประวัติฯ ดังรายละเอียดข้างต้น
ของผู้ป่วย HN.ชื่อ.....

ลงชื่อ
ตำแหน่ง(.....)

สำหรับแพทย์

☐ สรุปประวัติฯ ตามบันทึกข้อความที่แนบมา

☐ อนุญาตให้สำเนาเวชระเบียน ดังนี้

☐ ประวัติการตรวจผู้ป่วยนอกวันที่.....

☐ อื่นๆ.....

ลงชื่อลงวันที่.....

แพทย์ผู้รักษา/แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง