

หนังสือมอบอำนาจ ขอประวัติการรักษาพยาบาล/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 ในการขอประวัติการรักษาพยาบาล/เอกสารทางการแพทย์
ของผู้ป่วยชื่อ-สกุล..... เลขบัตร รพ.ม.อ. (HN).....อายุ.....ปี
โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....

ซึ่งข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล และขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทุกประการ

เพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ ได้ลงลายมือชื่อ/พิมพ์ลายนิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยานคนที่ 1
(.....)

ลงชื่อ พยานคนที่ 2
(.....)

กรุณาเตรียมเอกสารที่ต้องแสดงต่อเจ้าหน้าที่

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

พร้อมลงชื่อรับรองสำเนา

งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

โทรศัพท์ 074-451043, 074-451056