

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ป่วย **กรณียื่นประวัติ**

เรื่อง ขอรบประวัติการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์

ด้วยข้าพเจ้า(นาย,นาง,นส.).....อายุ.....ปี

บัตรประชาชนเลขที่ ที่อยู่.....

.....เบอร์โทรศัพท์.....เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย/ตนเอง

มีความประสงค์ขอรบประวัติการรักษาของ(นาย,นาง,นส.).....

ซึ่งได้เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลนครพิงค์ เมื่อวันที่.....

โรคที่เข้ารับการรักษา.....แพทย์ผู้ทำการรักษา.....

เพื่อนำไปเป็นหลักฐานประกอบการ.....

สิ่งที่ต้องการ ประวัติการรักษา ใบรายงานแพทย์ คัดสำเนาวันที่..... คัดสำเนาทั้งฉบับ ใบรับรองแพทย์ เคลมประกัน อื่นๆ

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

หมายเหตุ กรณีผู้ยื่นคำร้องเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ

 กรณียื่นคำร้องผ่านทางจดหมาย (ผ่านงานธุรการโรงพยาบาลเพื่อประทับตราเลขที่รับเอกสาร)

ตามเลขที่หนังสือรับที่.....ลงวันที่.....

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่**ตรวจสอบหลักฐานนำมาแสดงแล้วดังนี้** สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำร้อง สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ทะเบียนบ้าน/ใบมรณบัตร/สูติบัตรของผู้ป่วย หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล/หนังสือมอบอำนาจ อื่น ๆ (ระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ส่วนที่ 3 สำหรับแพทย์**ความเห็นแพทย์ผู้รักษา** อนุมัติถ่ายสำเนาทั้งฉบับ อนุมัติถ่ายสำเนาบางส่วน(โปรดระบุหน้า.....) ไม่อนุมัติ เพราะ.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ทำการรักษา

(.....)

ส่วนที่ 4 สำหรับผู้มีอำนาจอนุมัติ อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจอนุมัติ

(.....)

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

เขียนที่ โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

อายุ.....ปี บัตรประชาชนเลขที่ - -

ที่อยู่.....

ยินยอมให้โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของ (นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ดญ.)

.....(ผู้ป่วย) ซึ่งได้เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลนครพิงค์

แก่ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

บัตรประชาชนเลขที่ - -

ที่อยู่.....(ผู้มาติดต่อ)

ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าโดยเป็น.....ได้

เพื่อนำไปเป็นหลักฐานประกอบการ

- การรักษาพยาบาล.....
- ประกันชีวิตกับบริษัท.....
- เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- อื่นๆ (ระบุ).....

ด้วยความเต็มใจและรับรองว่าจะไม่เปิดเผยประวัติการรักษาของข้าพเจ้าให้ผู้อื่นทราบ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)