



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบแสดงความจำนงขอคัดถ่ายสำเนาประวัติเวชระเบียน

(โปรดกรอกข้อความในแบบฟอร์มนี้โดยละเอียดทุกข้อ)

๑ 1. ชื่อ - สกุล ผู้ติดต่อ..... เกี่ยวข้องเป็น ผู้ป่วย บิดา - มารดา
 บุตร ญาติ ภรรยา
 บริษัทประกัน ชื่อ.....

2. ต้องการขอสำเนาประวัติเวชระเบียน ของ.....

3. เหตุผลในการขอสำเนาประวัติเวชระเบียน เพื่อ.....

พร้อมได้แนบเอกสารประกอบการขอสำเนา ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ป่วย)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ผู้ติดต่อ)
- สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้ติดต่อ)
- สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- ค่าบริการ (บริจาคเข้าศูนย์การแพทย์)
- สำเนาใบเสร็จรับเงิน จำนวน.....ฉบับ
- เอกสารอื่นประกอบ ดังนี้.....

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองต่อศูนย์การแพทย์ฯ ว่า สำเนาเอกสารเวชระเบียนที่ข้าพเจ้าขอคัดถ่ายไปนี้ ข้าพเจ้าจะนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ที่ข้าพเจ้าได้ยื่นคำขอกัดถ่ายไว้ หากปรากฏในภายหลังว่าสำเนาเอกสารเวชระเบียนที่ข้าพเจ้าขอคัดถ่ายไปนี้ถูกนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ดังกล่าว ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวไม่ว่าทั้งทางแพ่งและอาญา ข้าพเจ้ายินดีเสียค่าธรรมเนียมในการขอคัดถ่ายเอกสารตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 ทุกประการ

(ลงชื่อ).....

วันที่.....

หมายเหตุ : ขั้นตอนในการขอคัดถ่ายเอกสารเวชระเบียน

ทั้งนี้ เพื่อให้

ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ และแพทย์ผู้ทำการรักษาที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้ทำการตรวจสอบก่อนว่ามีข้อมูล



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานเวชสถิติและเวชระเบียน ศูนย์การแพทย์ฯ คณะแพทยศาสตร์ โทร. ๑๐๑๒๕-๖

ที่ ศธ ๐๕๑๙.๕.๑๙/

วันที่

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์พิจารณาการขอคัดถ่ายสำเนาเอกสารเวชระเบียน

เรียน หัวหน้าภาควิชา / แพทย์เจ้าของไข้

ด้วย นาย/นาง/นางสาว.....

มีความสัมพันธ์เป็น บิดา/มารดา/บุตร/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาลของนาย/นาง/นางสาว/ต.ช./ต.ญ
..... เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN).....

มีความประสงค์ขอคัดถ่ายสำเนาเอกสารเวชระเบียนของบุคคลดังกล่าว เพื่อ.....

โดยขอคัดถ่ายสำเนาเอกสารเวชระเบียน ดังต่อไปนี้

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก

เวชระเบียนผู้ป่วยใน

เอกสารอื่น ๆ

ดังนั้น เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.๒๕๔๐ และประกาศอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ศูนย์การแพทย์ฯ พิจารณาแล้วเห็นควรอนุญาตให้ดำเนินการได้ โดยขอความอนุเคราะห์ให้ท่านในฐานะแพทย์เจ้าของไข้พิจารณารายละเอียดการรักษาพยาบาล บุคคลดังกล่าวอีกครั้งหนึ่ง หากเห็นชอบขอได้โปรดลงนามในเอกสารฉบับนี้ และ/หรือ ได้โปรดพิจารณาสรุป เวชระเบียนของบุคคลดังกล่าวอีกครั้ง ตามแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ในครั้งนี้อย่างยิ่ง จักขอบพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทนา ชุมช่วย)

ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ

ข้าพเจ้า.....ในฐานะแพทย์เจ้าของไข้/รองผู้อำนวยการ
ศูนย์การแพทย์ฯ ฝ่ายสนับสนุนการแพทย์/แพทย์ผู้ได้รับมอบหมาย พิจารณารายละเอียดการรักษาพยาบาล
บุคคลดังกล่าวแล้วเห็นชอบให้ดำเนินการคัดถ่ายสำเนาเอกสารเวชระเบียนได้

ลงชื่อ

(.....)



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบฟอร์มการมอบฉันทะในการขอคัดสำเนาเอกสารเวชระเบียน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง การมอบฉันทะ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ข้าพเจ้า.....ขอมอบฉันทะให้

นาย/นาง/นางสาว.....เป็นผู้ดำเนินการขอเวชระเบียนของข้าพเจ้า

โดยที่ข้าพเจ้าต้องการขอคัดสำเนาเวชระเบียนดังนี้

ขอสำเนาเวชระเบียนทั้งหมด ยกเว้น.....

ขอสำเนาเวชระเบียนเฉพาะที่มีกรตรวจรักษา ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบมอบฉันทะนี้มีอายุการใช้งานได้ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....(ไม่เกิน 1 ปี)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบข้อมูลที่ปรากฏอยู่ในสำเนาเวชระเบียนที่ข้าพเจ้าได้ไป และยินดีเสียค่าธรรมเนียมในการขอเอกสารตามพระราชบัญญัติการขอข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.2540
ทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้มอบฉันทะ

(.....)

ผู้รับมอบฉันทะ

(.....)

พยาน

(.....)

พยาน

หมายเหตุ: 1. ค่าธรรมเนียม (บริจาคเข้ากองทุนพัฒนาศูนย์การแพทย์ฯ) เหม่าจ่ายชุดละ 300 บาท

2. ขั้นตอนในการสำเนาเอกสารเวชระเบียนอาจต้องใช้เวลา ทั้งนี้เพื่อให้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและแพทย์ผู้ทำการรักษาที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ทำการตรวจสอบก่อนว่ามีข้อมูลส่วนใดขาดพิงไปถึงบุคคลอื่นอันจะเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายหรือไม่

3. ในการนี้ข้าพเจ้าได้มอบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงลายมือชื่อรับรองมาพร้อมหนังสือมอบฉันทะฉบับนี้แล้ว