เอกสารชุดที่ ๑

เลขที่รับ.....

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ใบแสดงความจำนงการขอคัดสำเนาประวัติเวชระเบียน

(โปรดกรอกข้อความในแบบฟอร์มนี้โดยละเอียดทุกข้อ)

❶ 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)
- ☐ ค่าธรรมเนียม (บริจาคเข้ากองทุนพัฒนาศูนย์การแพทย์ฯ)
- ☐ สำเนาใบเสร็จรับเงิน จำนวน.....ฉบับ
- ☐ หนังสือขอประวัติการรักษาจาก รพ. .....
- ☐ เอกสารอื่นประกอบ ดังนี้ .....

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองต่อศูนย์การแพทย์ฯ ว่า สำเนาเอกสารเวชระเบียนที่ข้าพเจ้าขอคัดถ่ายไปนี้ ข้าพเจ้าจะไม่นำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ที่ข้าพเจ้าได้ยื่นคำขอคัดถ่ายไว้ หากปรากฏในภายหลังว่าสำเนาเอกสารเวชระเบียนที่ข้าพเจ้าขอคัดถ่ายไปนี้ถูกนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ดังกล่าว ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวไม่ว่าทั้งทางแพ่งและอาญาและข้าพเจ้ายินดีเสียค่าธรรมเนียมในการขอคัดถ่ายเอกสารตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 ทุกประการ

(ลงชื่อ).....

วันที่ .....

<u>หมายเหตุ</u> : ขั้นตอนในการคัดถ่ายเอกสารเวชระเบียนต้องใช้เวลา ทั้งนี้ เพื่อให้ท่านผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ และแพทย์ผู้ทำการรักษาที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ทำการตรวจสอบก่อนว่ามีข้อมูลส่วนใดพาดพิงไปถึงบุคคลอื่นอันอาจจะเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายได้หรือไม่

❷ สำหรับเจ้าหน้าที่

☐ เอกสารครบ

☐ เอกสารไม่ครบ

☐ ต้องการเอกสารเพิ่มเติม

เสนอ.....หัวหน้าภาควิชา / แพทย์เจ้าของไข้.....

ข้าพเจ้า....น.ส.ศุทธสินี ดาปิก.....

ตำแหน่ง.....ผู้ปฏิบัติงานทั่วไป.....

ได้ตรวจสอบเอกสารแล้ว ผู้ติดต่อมีสิทธิขอสำเนาประวัติเวชระเบียนได้

ลงชื่อ.....

(น.ส.ศุทธสินี ดาปิก)

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานเวชสถิติและเวชระเบียน ศูนย์การแพทย์ ฯ คณะแพทยศาสตร์ โทร. ๑๐๑๒๔-๖

ที่ อว ๘๗๐๔.๒๒/๒๗๕๒ วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์พิจารณาการขอคัดถ่ายสำเนาเอกสารเวชระเบียน

เรียน หัวหน้าภาควิชา / แพทย์เจ้าของไข้

ด้วย นาย/นาง/นางสาว.....

มีความสัมพันธ์เป็น บิดา/มารดา/บุตร/ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้พิทักษ์/ผู้อนุบาลของนาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ.....

เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN).....มีความประสงค์ขอคัดถ่ายสำเนาเอกสารเวชระเบียนของบุคคลดังกล่าว เพื่อ.....

โดยขอคัดถ่ายสำเนาเอกสารเวชระเบียน ดังต่อไปนี้

- ☐ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก
- ☐ เวชระเบียนผู้ป่วยใน
- ☐ เอกสารอื่น ๆ .....

ดังนั้น เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.๒๕๔๐ และประกาศอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องศูนย์การแพทย์ฯ พิจารณาแล้วเห็นควรอนุญาตให้ดำเนินการได้ โดยขอความอนุเคราะห์ให้ท่านในฐานะแพทย์เจ้าของไข้พิจารณารายละเอียดการรักษาพยาบาลบุคคลดังกล่าว อีกครั้งหนึ่ง หากเห็นชอบขอได้โปรดลงนามในเอกสารฉบับนี้ และ/หรือ ได้โปรดพิจารณาสรุปเวชระเบียนของบุคคลดังกล่าวอีกครั้ง ตามแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้ (เริ่มใช้ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ในครั้งนี้ต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฐิติณัฐ ดิลกหัตถการ)
ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ

ข้าพเจ้า.....ในฐานะแพทย์เจ้าของไข้/แพทย์ผู้ได้รับมอบหมาย / รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายสนับสนุนการแพทย์ (กำกับดูแลงานเวชสถิติและเวชระเบียน/ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบเวชระเบียน) พิจารณารายละเอียดการรักษาพยาบาลบุคคลดังกล่าว แล้วเห็นชอบให้ดำเนินการคัดถ่ายสำเนาเอกสารเวชระเบียนได้

ลงชื่อ.....

(.....)