

หนังสือขอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ (ระบุ) _____ อายุ _____ ปี
อยู่บ้านเลขที่ _____ ซอย/ตรอก _____ ถนน _____ ตำบล/แขวง _____
อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะขอรับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของ () ข้าพเจ้าเอง () ของ _____

โดยแนบเอกสาร () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

() หนังสือมอบอำนาจ

() สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ

ขอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อนำไป _____

ข้าพเจ้าหรือผู้แทนโดยชอบธรรมได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจากแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์แล้วมี
โอกาสซักถาม และได้รับคำตอบเป็นที่พอใจแล้ว ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าในการรับการผลตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการนี้ จะได้รับการเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยโดยปราศจากความยินยอมของข้าพเจ้า เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามที่
กฎหมายกำหนด หรือตามหน้าที่หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ และความจำเป็นในการวินิจฉัย รักษาโรคหรือฟื้นฟูสภาพของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าจะไม่นำผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไปดัดแปลงแก้ไขส่วนใดส่วนหนึ่งของผลตรวจ และไม่ได้นำไปเพื่อโฆษณาหรือหา
ผลประโยชน์ นอกเหนือจากการรักษา

ลงนาม _____
(_____)
() ผู้ขอรับผลการตรวจ
หรือ () ผู้เกี่ยวข้องกับผู้รับการตรวจโดยเป็น
() บิดา
() มารดา
() ผู้ปกครอง
() ผู้แทนโดยชอบธรรม
() อื่นๆ ระบุ _____

ลงนาม _____
(_____)
แพทย์ (ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____)
/เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ

ลงนาม _____
(_____)

พยาน

ลงนาม _____
(_____)

เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา

วัน _____ เดือน _____ พ.ศ. _____