

ขอเวชระเบียน

ผู้ป่วยยื่นขอประวัติด้วยตนเอง

บัตรประชาชน

แบบคำขอสำเนาประวัติเวชระเบียน

แบบหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติและเข้าถึงเวชระเบียน



ญาติผู้ป่วยมายื่นขอประวัติแทน

สำเนาบัตรประชาชนพร้อมลายเซ็นจริง / สติบัตร (กรณีอายุต่ำกว่า 15 ปี)

สำเนาบัตรประชาชนญาติ

แบบคำขอสำเนาประวัติเวชระเบียน

แบบหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติและเข้าถึงเวชระเบียน

หนังสือมอบอำนาจในการถ่ายสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย

กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต

สำเนาใบมรณะบัตร 1 ฉบับ

สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นขอ / ทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิตและผู้ยื่นขอ

สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีเป็นคู่สมรส)

แบบคำขอสำเนาประวัติเวชระเบียน

แบบหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติและเข้าถึงเวชระเบียน



ตัวแทนบริษัทประกัน (ค่าธรรมเนียม 300 บาท)

สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วยพร้อมลายเซ็นจริง 1 ฉบับ

สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นขอ 1 ฉบับ

หนังสือมอบอำนาจจากผู้ป่วย 1 ฉบับ

แบบคำขอสำเนาประวัติเวชระเบียน

แบบหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติและเข้าถึงเวชระเบียน

หนังสือมอบอำนาจในการถ่ายสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย



หมายเหตุ สอบถาม 039-586131 โปรดเซ็นชื่อพร้อมรับรองสำเนาทุกฉบับ



แบบคำร้องขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

เรื่อง ขอสำเนาเอกสารการรักษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะช้าง

ข้าพเจ้า _____ เลขประจำตัวประชาชน _____

บ้านเลขที่ _____ หมู่ _____ ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

ซึ่งเป็น ผู้ป่วย ญาติ เกี่ยวข้องเป็น ตัวแทนประกัน ผู้รับมอบอำนาจ

ของผู้ป่วยชื่อ _____ เลขที่ HN. _____ AN. _____

ซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเกาะช้าง เมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ถึงวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ เพื่อใช้ในการ

ประกอบการรักษาต่อเนืองที่อื่น ๆ ระบุ _____

ประกอบการพิจารณาประกันชีวิตและจ่ายค่าชดเชยฯ

เพื่อประกอบการทางกฎหมาย

อื่น ๆ ระบุ _____

พร้อมได้แนบหลักฐานดังนี้

หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

สำเนาทะเบียนบ้านผู้ป่วย

หนังสือมอบอำนาจ(กรณีผู้ป่วยไม่ได้มาขอด้วยตนเอง)

สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบสำเนา

บัตรประชาชนผู้ป่วย

สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับมอบอำนาจ

ใบสูติบัตรหรือสำเนาทะเบียนบ้านกรณีเด็กไม่ถึง 15 ปี

ใบมรณะบัตร / ทะเบียนบ้านผู้ตาย

ทั้งนี้ โดยยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา หากเกิดความเสียหาย เนื่องจากการเปิดเผยประวัติการ

รักษาของผู้ป่วยดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

(ลงชื่อ) _____ ผู้ยื่นคำร้อง

(_____)

ความเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะช้าง

อนุญาต

ไม่อนุญาต เนื่องจาก _____

(ลงชื่อ) _____

(_____)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะช้าง

มารับด้วยตนเอง

(ลงชื่อ) _____ ผู้รับเอกสาร

(_____)

วัน _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

นำส่งไปรษณีย์

ที่อยู่ _____



แบบหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติและเข้าถึงเวชระเบียน

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) _____

บ้านเลขที่ _____ หมู่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

โทรศัพท์ _____

เกี่ยวข้องกับ () เจ้าของประวัติ

() ผู้แทนผู้ป่วย ชื่อ _____ ในฐานะเป็น _____

บุตร, บิดา, มารดา, สามี, ภรรยาหรือบุคคลอื่น ๆ ต้องมีใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐาน ทางราชการแนบมา

ยินยอมให้โรงพยาบาลเกะช้างเปิดเผยประวัติการรักษาระบุชื่อผู้ป่วย _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ ถึงวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ประเภท () ผู้ป่วยนอก

() ผู้ป่วยใน

เพื่อวัตถุประสงค์ ดังนี้

ประกอบการรักษาต่อเรื่องที่อื่น ๆ ระบุ _____

ประกอบการพิจารณาประกันชีวิตและจ่ายค่าชดเชยฯ

เพื่อประกอบการทางกฎหมาย

อื่น ๆ ระบุ _____

(ลงชื่อ) _____ ผู้มอบอำนาจ

(_____)

(ลงชื่อ) _____ พยาน

(_____)

(ลงชื่อ) _____ พยาน

(_____)



หนังสือมอบอำนาจในการถ่ายสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า _____ เลขบัตรประชาชน _____

บ้านเลขที่ _____ หมู่ _____ ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

ขอมอบอำนาจให้ _____ เลขบัตรประชาชน _____

บ้านเลขที่ _____ หมู่ _____ ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

- เป็นผู้มีอำนาจในการ
- ขอสำเนาเวชระเบียน
 - ขอใบรับรองแพทย์
 - ขอสำเนาค่ารักษาพยาบาล

การกระทำใดๆของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตแห่งหนังสือมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตแห่งหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ให้มีผลผูกพันตามกฎหมาย ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในการรับมอบอำนาจของข้าพเจ้าได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้ เสมือนเป็นการกระทำของข้าพเจ้าทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดี และเห็นว่าถูกต้องตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ) _____ ผู้มอบอำนาจ

(_____)

(ลงชื่อ) _____ ผู้รับมอบอำนาจ

(_____)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือ หรือลายนิ้วมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจกับผู้รับมอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจและผู้มอบอำนาจได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้า

(ลงชื่อ) _____ พยาน

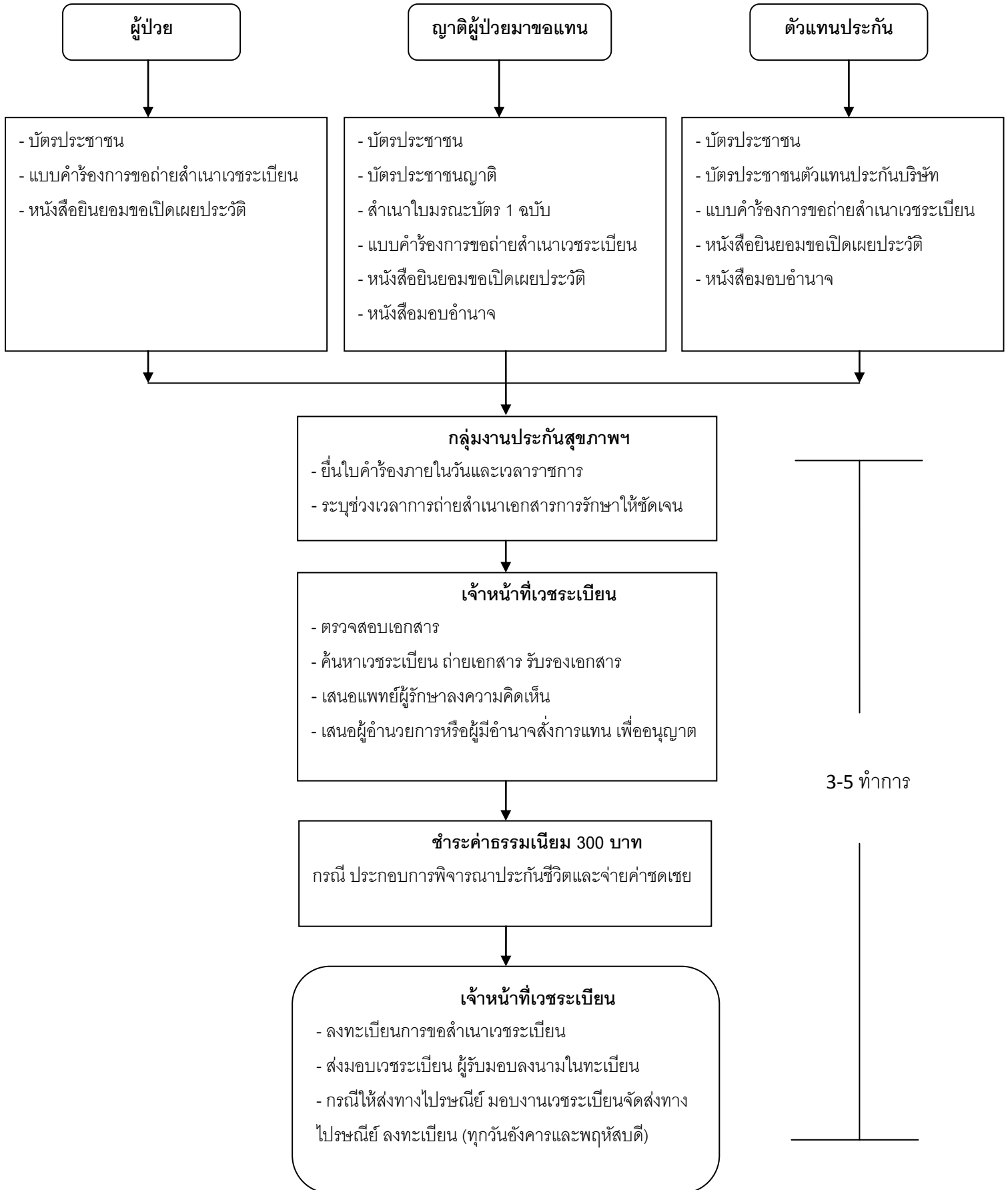
(_____)

(ลงชื่อ) _____ พยาน

(_____)

การขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วยกรณีมาติดต่อที่โรงพยาบาล

ขั้นตอนและระยะเวลาที่ใช้



การขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย กรณีส่งมาทางไปรษณีย์

ขั้นตอนและระยะเวลาที่ใช้

