ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Sriphat Medical Center Faculty of Medicine Chiang Mai University	รหัสเอกสาร FM-MR-007 แก้ไขครั้งที่ 02 วันที่อนุมัติใช้ 12/03/2568	หน่วยงาน: แผนกเวชระเบียน หมายเลขโทรศัพท์: 0-5393-6517

ชื่อเอกสาร : แบบฟอร์มการขอสำเนาประวัติการรักษาและแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์

เลขที่...../...../.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ป่วย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี เลขที่โรงพยาบาล (HN).....
บัตรประจำตัว ❍ บัตรประชาชน ❍ อื่นๆ ..... เลขที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ถนน..... ตรอก/ซอย.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....โทรศัพท์.....เป็นผู้ป่วยของศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ จะขอเอกสารทางการแพทย์ที่รับการรักษาในศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
วันที่..... ถึงวันที่.....ดังนี้

❍ สำเนาเอกสารประวัติการรักษาผู้ป่วย
❍ รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
❍ ผลตรวจชิ้นเนื้อ
❍ ผลการตรวจทาง X-Ray (Imaging Data) ทั้งหมด
❍ ใบเคลมประกัน (ระบุวันที่) .....
❍ อื่น ๆ .....

โดยข้าพเจ้าฯ ตกลงและยินยอมให้ศูนย์ศรีพัฒน์ฯ/ แพทย์/ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า ฯ ที่รับการรักษาในศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ซึ่งในการดำเนินการข้อมูลทางด้านสุขภาพนี้

❍ ข้าพเจ้าดำเนินการด้วย ตนเอง / ผู้มีอำนาจกระทำแทน* ❍ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจ

ส่วนที่ 2 ผู้มีอำนาจกระทำแทน/ผู้รับมอบอำนาจ

❍ ผู้มีอำนาจกระทำแทน* ❍ ผู้รับมอบอำนาจ นาย/นาง/นางสาว .....
เกี่ยวข้องในฐานะ..... บัตรประจำตัว ❍ บัตรประชาชน ❍ อื่นๆ ..... เลขที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ถนน..... ตรอก/ซอย.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....โทรศัพท์.....เป็นผู้ดำเนินการแทน

ข้าพเจ้าฯ เข้าใจและทราบดีว่า ข้อมูลทางการแพทย์ถือเป็นข้อมูลความลับผู้ป่วยที่บุคลากรทุกคนในศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีหน้าที่ที่จะรักษาข้อมูลความลับ และไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลใดๆ แก่ผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ดังนั้น ข้อมูลทางการแพทย์ที่นำออกจากศูนย์ศรีพัฒน์ฯ ไปแล้วนั้น จึงไม่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อนึ่ง กรณีที่ข้าพเจ้ามอบอำนาจให้บุคคลอื่นเป็นผู้ดำเนินการขอข้อมูลทางด้านสุขภาพแทนข้าพเจ้านั้น ให้ถือว่าหนังสือฉบับนี้เป็นหนังสือมอบอำนาจของข้าพเจ้า เพื่อให้ผู้ที่ข้าพเจ้าได้ระบุชื่อไว้ข้างต้นเป็นผู้มีอำนาจดำเนินการแทนข้าพเจ้าได้

ลงชื่อ ..... ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทน* ลงชื่อ ..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) (.....)

ลงชื่อ ..... ผู้เยาว์อายุ 15 ปีขึ้นไป**
(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน ลงชื่อ ..... พยาน
(.....) (.....)

หมายเหตุ* : ผู้มีอำนาจกระทำแทน เช่น 1.สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย และฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สึกตัว) 2.ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ 3.ผู้อนุบาล กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริตหรือคนไร้ความสามารถ 4.ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ 5.กรณีอื่นๆ เป็นต้น

หมายเหตุ :** การเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของ ผู้เยาว์อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ต้องได้รับความยินยอมจากผู้เยาว์นั้นก่อน (ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการคุ้มครองและจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ14(4))

เหตุผลในการขอเพื่อนำไปใช้ในการ

❍ เพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อที่โรงพยาบาล.....
❍ เบิกค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกัน
❍ เพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกทหารกองเกินฯ
❍ อื่น ๆ.....

การรับเอกสาร (เลือกได้เพียง 1 ช่องทาง)

❍ มารับเอง ❍ ให้จัดส่งทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่.....
❍ E-mail Address ระบุ .....

หมายเหตุ : การส่งเอกสารทาง E-mail จะยกเว้นผลการตรวจวิเคราะห์ HIV

ข้าพเจ้าได้รับเอกสารตามที่ได้ร้องขอโดยถูกต้องสมบูรณ์ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....✘..... ผู้ขอสำเนาประวัติการรักษา
(.....) (ผู้ป่วย / ผู้มีอำนาจกระทำแทน* / ผู้รับมอบอำนาจ)

110/392 อาคารศรีพัฒน์ ถนนอินทวโรรส ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200 หมายเลขโทรศัพท์ 0-5393-6900-1

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ศรีพัฒน์ฯ เท่านั้น

<u>ส่วนที่ 1</u> เอกสารประกอบการร้องขอ

ผู้ร้องขอ	เอกสารที่ต้องใช้
❍ ผู้ป่วย	❍ แบบฟอร์มการขอสำเนาประวัติฯ ❍ สำเนาบัตรประชาชน ❍ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ถ้ามี) ❍ หมายเรียกเข้ารับราชการทหาร (กรณีขอสำเนาเพื่อไปเกณฑ์ทหาร) ❍ สำเนาใบ สด.๙ (กรณีขอสำเนาเพื่อไปเกณฑ์ทหาร)
❍ ผู้มีอำนาจกระทำแทน	❍ แบบฟอร์มการขอสำเนาประวัติฯ ❍ สำเนาใบมรณะบัตร (กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต) ❍ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย ❍ สำเนาทะเบียนบ้าน ❍ สำเนาทะเบียนสมรส ❍ สำเนาบัตรประชาชนของผู้มีอำนาจกระทำแทน ❍ สำเนาสูติบัตร ❍ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
❍ ผู้รับมอบอำนาจ	❍ แบบฟอร์มการขอสำเนาประวัติฯ ❍ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย ❍ สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ ❍ สำเนาบัตรอนุญาตตัวแทน (ถ้ามี) ❍ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ถ้ามี)

<u>ส่วนที่ 2</u> การคิดค่าธรรมเนียม

จะคิดค่าธรรมเนียม กรณีขอประวัติเพื่อประกอบการสมัครทำประกัน จำนวน 300 บาท/1ชุด

❍ ค่าธรรมเนียม _____ บาท
❍ เงินสด เลขที่ใบเสร็จรับเงิน RC _____
❍ เช็คธนาคาร _____ เลขที่เช็ค _____
❍ วางบิลผ่านโรงพยาบาล บริษัท _____(เรียกเก็บเงินจากบริษัทประกัน)

<u>ส่วนที่ 3</u> ผู้ดำเนินการ

ลงชื่อ ..... ผู้รับเอกสาร
(.....) วันที่.....

ลงชื่อ ..... ผู้จัดทำ
(.....) วันที่.....

ลงชื่อ ..... พยาบาลเวชระเบียน/พยาบาลเวชสถิติ (ผู้ตรวจสอบ)
(.....) วันที่.....

110/392 อาคารศรีพัฒน์ ถนนอินทวโรรส ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200 หมายเลขโทรศัพท์ 0-5393-6900-1