



ศูนย์ศรีพัฒน์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Sriphat Medical Center
Faculty of Medicine Chiang Mai University

รหัสเอกสาร
FM- SMC-005-R-05
25/11/2564

หน่วยงาน: ศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มช.
หมายเลขโทรศัพท์: 0-5393-6900-1

ชื่อเอกสาร : ใบคำร้องขอสำเนาประวัติการรักษา/ ข้อมูลทางการแพทย์

เลขที่...../...../.....

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ป่วย/ ผู้มีอำนาจ/ ผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้า อายุ.....ปี เลขที่โรงพยาบาล (HN).....
บัตรประจำตัว บัตรประชาชน อื่นๆ เลขที่บัตรประชาชน
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
โทรศัพท์..... เป็นผู้ป่วยของศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ยินยอมให้ อายุ.....ปี
บัตรประจำตัว บัตรประชาชน อื่นๆ เลขที่บัตรประชาชน
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
โทรศัพท์..... เกี่ยวข้องเป็น ผู้มีอำนาจ/ ผู้รับมอบอำนาจ ตัวแทน/ บริษัทประกัน.....

ขอสำเนาประวัติการรักษา/ข้อมูลทางการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....
โดยข้าพเจ้าฯ ตกลงและยินยอมให้ศูนย์ศรีพัฒน์ฯ/ แพทย์/ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้าฯ เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าฯ ที่รับการรักษาในศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ดังนี้

- สำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ และรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ใบเคลมประกัน (ระบุวันที่) อื่นๆ (ระบุ)

การรับเอกสาร [ระยะเวลาดำเนินการ ประมาณ 3-5 วันทำการ]

- มารับด้วยตนเอง
- Email Address ระบุ.....
- อื่นๆ (ระบุ)

ค่าธรรมเนียม บาท เงินสด เลขที่ใบเสร็จรับเงิน RC.....
 เช็คธนาคาร..... เลขที่เช็ค.....

ข้าพเจ้าฯ เข้าใจและทราบดีว่า ข้อมูลทางการแพทย์ถือเป็นเรื่องลับผู้ป่วยที่บุคลากรทุกคนในศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีหน้าที่ที่จะรักษาข้อมูลความลับ และไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลใดๆ แก่ผู้อื่นโดยมิได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ดังนั้น ข้อมูลทางการแพทย์ที่นำออกจากศูนย์ศรีพัฒน์ฯ ไปแล้วนั้น จึงไม่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์ศรีพัฒน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ลงชื่อ * ผู้ขอสำเนาประวัติการรักษา/ ข้อมูลทางการแพทย์
(.....)

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ศรีพัฒน์ฯ

เรียน ผู้อำนวยการ/ รองผู้อำนวยการ/ แพทย์.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเอกสาร/ ผู้จัดทำ เลขที่.....หัวหน้าแผนก
(.....)วันที่..... (.....) วันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ
 ไม่อนุมัติ อนุมัติ
ลงชื่อ ผู้อำนวยการ/ รองผู้อำนวยการ/ แพทย์/ ผู้รับมอบหมาย
(.....) วันที่.....