



ชื่อเอกสาร : หนังสือยินยอมและมอบอำนาจให้เปิดเผยประวัติการรักษา (กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....

|                               |                     |                            |                             |                                 |
|-------------------------------|---------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... | อายุ.....           | ปี                         | เชื้อชาติ.....              | สัญชาติ .....                   |
| เลขที่บัตรประชาชน.....        | อยู่บ้านเลขที่..... | หมู่.....                  | ถนน.....                    |                                 |
| ตำบล .....                    | อำเภอ.....          | จังหวัด.....               | รหัสไปรษณีย์.....           |                                 |
| โทรศัพท์.....                 | เกี่ยวข้องกับ       | <input type="radio"/> บิดา | <input type="radio"/> มารดา | <input type="radio"/> ผู้ปกครอง |
| ของผู้ป่วยราย.....            | อายุ.....           | ปี                         | เชื้อชาติ.....              | สัญชาติ .....                   |
| เลขที่บัตรประชาชน.....        | อยู่บ้านเลขที่..... | หมู่.....                  | ถนน.....                    |                                 |
| ตำบล .....                    | อำเภอ.....          | จังหวัด.....               | รหัสไปรษณีย์.....           |                                 |
| โทรศัพท์.....                 |                     |                            |                             |                                 |

โดยข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล/ แพทย์/ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้ทำการตรวจและรักษาบุตร/ผู้ที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของบุตร/ผู้ที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าทั้งหมด

และขอมอบอำนาจให้.....อายุ..... ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... เลขที่บัตรประชาชน..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ ขอเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษาพร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของบุตร/ผู้ที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าทั้งหมด แทนข้าพเจ้าจนเสร็จสิ้น ข้าพเจ้าจะรับผิดชอบต่อการกระทำใดๆ ที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตัวเอง

เพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ พิมพ์ลายนิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า ผู้ที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า และผู้ที่มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ชุด อนึ่งเอกสารสำเนาแนบดังกล่าวนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

|              |                              |                          |                |
|--------------|------------------------------|--------------------------|----------------|
| ลงชื่อ ..... | ผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้ความยินยอม | ลงชื่อ .....             | ผู้รับมอบอำนาจ |
| (            | ) ในฐานะบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง | (                        | )              |
|              | ลงชื่อ .....                 | ผู้เยาว์อายุ 15 ปีขึ้นไป |                |
|              | (                            | )                        |                |
| ลงชื่อ ..... | พยาน                         | ลงชื่อ .....             | พยาน           |
| (            | )                            | (                        | )              |

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

**เอกสารประกอบ**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ใบคำร้องขอสำเนาประวัติการรักษา/ข้อมูลทางการแพทย์                                   | <input type="checkbox"/> 4. สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ (ผู้ยื่นคำขอ) |
| <input type="checkbox"/> 2. หนังสือยินยอมและมอบอำนาจให้เปิดเผยประวัติการรักษา (กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) | <input type="checkbox"/> 5. สำเนาบัตรประชาชนผู้เยาว์                     |
| <input type="checkbox"/> 3. สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ (บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง)                                 | <input type="checkbox"/> 6. สำเนาทะเบียนบ้าน/สำเนาสูติบัตรผู้เยาว์       |