วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า .....อายุ ..... ปี เชื้อชาติ ..... สัญชาติ .....

เลขที่บัตรประชาชน ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....

ถนน..... ตำบล .....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... มือถือ .....

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล/ แพทย์/ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือตรวจและรักษาบุคคลที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า หรือบุคคลที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าทั้งหมด

เพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว ทั้งนี้ได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ บัตรประจำตัวข้าราชการ และ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า และบุคคลที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ชุด อนึ่งเอกสารสำเนาแนบดังกล่าวนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ..... ผู้ขอประวัติการรักษา
( )

ลงชื่อ ..... พยาน
( )

ลงชื่อ ..... พยาน
( )

<u>กรณีผู้ป่วยยื่นคำขอด้วยตนเอง</u>

☐ 1. ใบคำร้องขอสำเนาประวัติการรักษา/ข้อมูลทางการแพทย์
☐ 2. หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา
☐ 3. สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย หรือสำเนาหนังสือเดินทาง