

แบบคำขอเข้าถึงเวชระเบียน
โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

เขียนที่ โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/ นาง /นางสาว).....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ถนน..... หมู่บ้าน.....
ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....
เกี่ยวข้องกับ บิดา/มารดา บุตร คู่สมรส เจ้าของประวัติ อื่นๆระบุ.....

มีความประสงค์ขอเข้าถึงเวชระเบียนโดย ขอดู/สำเนาประวัติการรักษา/สำเนาเวชระเบียน/คัดลอก
เวชระเบียน ของ (นาย /นาง /นางสาว /ด.ช. /ด.ญ./..... ตั้ง
รายการต่อไปนี้

- เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD CARD) เวชระเบียนผู้ป่วยใน(IPD) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ(LAB)
 ภาพถ่ายทางรังสีวิทยา(X-RAY) อื่นๆ ระบุ.....

ซึ่งเคยรับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ เพื่อนำเอกสารไปประกอบ

- เพื่อนำไปรักษาต่อเนื่องจากที่อื่นๆ ระบุ..... เพื่อเคลมประกัน/ทำประกันต่างๆ
 เพื่อนำไปเป็นเอกสารประกอบทางกฎหมาย / ศาล / คดี อื่นๆ ระบุ

ในการนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสาร ดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย และผู้ทำการแทน ใบยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา
 สำเนาใบสูติบัตร/ทะเบียนบ้าน กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 15ปี ทะเบียนสมรส ใบมอบอำนาจ
 สำเนาใบมรณะบัตร อื่นๆ ระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอ
(.....)

ลงชื่อ..... จนท.เข้าถึง
(นางสาวอินทิรา สีพิมพ์เมือง)
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ

ลงชื่อ.....จนท.เข้าถึง
(นายอภิสิทธิ์ บุญสง)
ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตจิตัล

- อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ ระบุ.....
ลงชื่อ.....

(นายแพทย์สยาม ประสานพิมพ์)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

แบบยินยอมเปิดเผยข้อมูลเวชระเบียน
โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

เขียนที่ โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง /นางสาว).....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... หมู่บ้าน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์ติดต่อ.....
เกี่ยวข้องเป็น () เจ้าของประวัติ

() ผู้แทน /ผู้แทนโดยชอบธรรม ชื่อ-สกุล.....ในฐานะเป็น.....
(บิดา-มารดา/บุตร/คู่สมรส/สามี-ภรรยา/บุคคลอื่น ๆ ต้องมีใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานทางราชการแนบมา)
มีความประสงค์ยินยอมให้โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ เปิดเผยข้อมูลเวชระเบียน/ประวัติการรักษาพยาบาล ของ
(นาย /นาง /นางสาว /ด.ช. /ด.ญ./..... เพื่อประโยชน์ของ
ผู้ป่วยหรือผู้มีส่วนได้เสีย ซึ่งได้เข้ารับรักษา ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภท

() ผู้ป่วยนอก/OPD HN.....ช่วง(ว/ด/ป) ถึง จำนวน.....ฉบับ

() ผู้ป่วยใน/IPD AN.....นอนรักษาช่วง(ว/ด/ป)..... จำนวน.....ฉบับ

เพื่อวัตถุประสงค์ ดังนี้

- () เพื่อนำไปรักษาต่อ ที่อื่น โปรตระบุ.....
- () เพื่อนำไปเป็นเอกสารประกอบทางกฎหมาย /คดีความ /ศาล
- () เพื่อนำไปเป็นเอกสารประกอบ ทำประกันชีวิต/ เคลมประกันชีวิต บริษัท.....
- () อื่นๆ โปรตระบุ.....

เพื่อเป็นหลักฐานให้กับโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จึงได้ลงชื่อไว้ต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยานเจ้าหน้าที่
(.....)