

คำร้องขออนุมัติเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ด้วยข้าพเจ้า(นาย,นาง,นางสาว).....หมายเลขประจำตัว
ประชาชน.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....
เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย มีความประสงค์ขอ

() สำเนาเวชระเบียน

() สำเนาหนังสือรับรองการตาย

() อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ของ.....อายุ.....ปี ซึ่งได้รับการรักษาตั้งแต่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เพื่อ () ประกอบการรักษาพยาบาล

() เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

() อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

โดยนำหลักฐานมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ดังนี้

1. หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติ
2. บัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการของผู้ป่วย (ผู้ยินยอมให้เปิดเผยประวัติ)
3. บัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการของผู้ยื่นคำร้อง

ข้าพเจ้าทราบดีว่าการกระทำของข้าพเจ้าอาจเกิดผลเสียหายต่อโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องหากมี
ผลเสียหายเกิดขึ้นจากการกระทำของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบทุกประการ
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

หมายเหตุ ถ้าผู้ยื่นคำร้องเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ