



## หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ด้วยข้าพเจ้า (ชื่อ - นามสกุล) .....

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก / ซอย ..... ถนน ..... หมู่บ้าน.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต ..... จังหวัด.....

โทรศัพท์ .....

เกี่ยวข้องเป็น ( ) ผู้ป่วย

( ) ผู้แทนผู้ป่วย ชื่อ - สกุล ..... ในฐานะเป็น

(บุตร, บิดา, มารดา, สามี, ภรรยา หรือบุคคลอื่น ๆ ต้องมีใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานทางราชการแนบมา)

ยินยอมให้โรงพยาบาลเปิดเผยประวัติการรักษา (ระบุชื่อผู้ป่วย) .....

เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยหรือผู้มีส่วนได้เสีย ซึ่งได้เข้ารับการรักษา เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ประเภท ( ) ผู้ป่วยนอก ( ) ผู้ป่วยใน

HN .....

AN .....

เพื่อวัตถุประสงค์ ดังนี้

( ) เพื่อนำไปรักษาต่อเนื้อที่อื่น ๆ ระบุ .....

( ) เพื่อนำไปเป็นเอกสารประกอบทางกฎหมาย /คดี /ศาล

( ) เพื่อเรียกร้องค่าสินไหมจากบริษัทประกันชีวิต .....

( ) อื่น ๆ ระบุ .....

ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน

(.....)

เลขที่ใบเสร็จ ...../..... ลงวันที่...../...../.....