

คำร้องขออนุมัติเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เขียนที่.....

.....

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

ด้วยข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย มีความประสงค์ขอ () สำเนาเวชระเบียน

() สำเนาหนังสือรับรองการตาย () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ของ.....อายุ.....ปี ซึ่งได้เข้ารับการรักษา

ตั้งแต่ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เพื่อ () ประกอบการรักษาพยาบาล

() เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

() อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

โดยนำหลักฐานมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ดังนี้

1. หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติ
2. บัตรประจำตัวประชาชน/ ข้าราชการ และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / ข้าราชการ ของผู้ป่วย (ผู้ยินยอมให้เปิดเผยประวัติ)
3. บัตรประจำตัวประชาชน/ ข้าราชการ และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ ข้าราชการ ของผู้ยื่นคำร้อง

ข้าพเจ้าทราบดีว่า การกระทำของข้าพเจ้าอาจเกิดผลเสียหายต่อโรงพยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง หากมีผลเสียเกิดขึ้นจากการกระทำของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

หมายเหตุ : ถ้าผู้ยื่นคำร้องเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ