**หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลทางอิเล็กทรอนิกส์**

สถานที่...................................................

วันที่.............. เดือน.................พ.ศ.............

เวลา..........................น.

1. ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว ..............................................................อายุ......................ปี

-

-

-

-

เลขประจำตัวประชาชน

วันออกบัตร.........../............./.............. วันบัตรหมดอายุ............../............./................

ออกให้โดย...........................................................................เบอร์โทรศัพท์มือถือ...............................

ในฐานะ ผู้ป่วย/ผู้ขอรับบริการทางการแพทย์

ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยเกี่ยวข้องเป็น.........................................ของผู้ป่วย

*ชื่อ นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง/อื่น ๆ ................................................*

*ชื่อ...............................................................สกุล..........................................................*

*2. ข้าพเจ้า ได้รับการอธิบายจาก (โรงพยาบาล.........................................) ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการให้คำยินยอมเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล โดยสามารถนำข้อมูล ระดับบุคคลไปใช้ประโยชน์ในการบริการ ดูแลสุขภาพ อาทิการจัดเก็บข้อมูลการตรวจรักษา / ข้อมูลการติดต่อ / ข้อมูลการขึ้นทะเบียนคลินิก / ข้อมูลการตั้งครรภ์ / ข้อมูลทันตกรรม / ข้อมูลการได้รับวัคซีน / ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ / ข้อมูลแพ้ยา ทั้งนี้ รวมถึงความเสี่ยงผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนไว้ โดยวิธีการ ทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าแล้ว*

*3. ข้าพเจ้า ยินยอมให้ สถานพยาบาล เปิดเผยข้อมูล / ส่งข้อมูล / ทางอิเล็กทรอนิกส์ (สำเนาข้อมูล) เพื่อการรักษา พยาบาลแก่ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข (บุคลากรที่ได้รับอนุญาตในการรักษาพยาบาล) และสถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาได้*

*ไม่ยินยอม\* ให้สถานพยาบาลเปิดเผยข้อมูล / ส่งข้อมูล ทางอิเล็กทรอนิกส์ (สำเนาข้อมูล) เพื่อการรักษา พยาบาลแก่ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข (บุคลากรที่ได้รับอนุญาตในการรักษาพยาบาล) และสถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาได้*

*4. หากสถานพยาบาลนำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการอื่นใดอันไม่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล ต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเว้นแต่การเปิดเผยตามที่กฎหมายบัญญัติหรือมีคำสั่งศาลให้เปิดเผย*

*5.ข้าพเจ้า สามารถยกเลิกข้อความยินยอมได้ แต่ไม่มีผลลบล้างความยินยอมและผลแห่งความยินยอม ซึ่งได้กระทำไปแล้วก่อนหน้านี้ โยการยกเลิกข้อความยินยอมต้องมีหลัดฐานเป็นลายลักษณ์อักษร*

*ลงชื่อ..........................................ผู้ป่วย/ผู้ขอรับบริการทางการแพทย์/ผู้รับมอบอำนาจ*

(…………………………………......)

*ลงชื่อ..........................................ผู้แทนสถานพยาบาล*

(…………………………….......……)

*ลงชื่อ....................................................พยาน ลงชื่อ....................................................พยาน*

(………………………………………….)  (………………………………………….)

***หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยได้แก่***

1. *ผู้ป่วยกรณีบรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์*
2. *สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย และฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สึกตัว)*
3. *ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ*
4. *ผู้อนุบาล กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ*
5. *ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ*

***ไม่ยินยอม\**** *ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาล แต่ในกรณีที่ต้อใช้ข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล (ส่งต่อ) เพื่อการรักษา หรือกรณีฉุกฉินหรือกรณีพิเศษ สถานพยาบาลต้องให้ผู้ป่วย / ผู้ให้คำยินยอมอนุญาตก่อน มีการส่งข้อมูลตามระบบปกติ*