การขอข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล
โรงพยาบาลสมเด็จ

1.กรณีผู้ป่วยมาขอถ่ายเอกสารข้อมูลประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยตนเอง

เอกสารที่ต้องเตรียม

-สำเนาบัตรประชาชนผู้ขอ หรือบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ พร้อมสำเนาที่รับรองสำเนาถูกต้อง

2. กรณีให้ญาติสายตรงมาขอ (บิดา-มารดา-คู่สมรส-บุตร-บุตรบุญธรรมที่ถูกต้องตามกฎหมาย)

- สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย
-สำเนาบัตรประชาชนผู้ขอ/ญาติ
-กรณีที่นามสกุลของผู้ขอไม่ตรงกับผู้ป่วยให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านมาด้วย
-กรณีบุตรบุญธรรมต้องมีเอกสารทางราชการออกให้แนบมาด้วย

3. กรณีที่มอบหมายให้ผู้อื่นมาดำเนินการแทน (รวมถึงมิใช่ญาติ) ให้ยื่นคำขอ โดยแนบเอกสาร ดังต่อไปนี้

- สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย
-หนังสือมอบอำนาจจากเจ้าของข้อมูล
-บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือบัตรอื่นๆ ที่ทางราชการออกให้ขอผู้ดำเนินการแทน พร้อมสำเนาที่รับรองสำเนาถูกต้อง

4. กรณีเจ้าของข้อมูลถึงแก่กรรม ให้บุคคลดังต่อไปนี้เป็นผู้มีสิทธิในการขอถ่ายเอกสารข้อมูลประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วยได้ ไม่ว่าผู้มีสิทธิขอถ่ายเอกสารคนอื่นๆ จะมีความเห็นเช่นใด

-บุตรชอบด้วยกฎหมาย หรือบุตรบุญธรรม
-คู่สมรส
-บิดา หรือมารดา
-ผู้สืบสันดาน
-พี่น้องร่วมบิดา – มารดา
-ใบมรณะบัตรของเจ้าของข้อมูล

ให้ผู้มีสิทธิขอเอกสารตามแล้วแต่กรณี ยื่นคำร้องขออนุญาตถ่ายเอกสารที่ห้องบัตรโรงพยาบาล พร้อมสำเนาที่รับรองสำเนาถูกต้องและเอกสารดังต่อไปนี้ พร้อมกับคำร้อง

- กรณีผู้ขอถ่ายเอกสารเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายของเจ้าของข้อมูล ให้แนบบัตรประชาชนของบุตร และทะเบียนบ้านของบุตร พร้อมสำเนาที่รับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีผู้ขอถ่ายเอกสารเป็นคู่สมรส ให้แนบทะเบียนสมรสและบัตรประชาชนของคู่สมรส พร้อมสำเนาที่รับรองสำเนาถูกต้อง
- กรณีผู้ขอถ่ายเอกสารเป็นบิดาหรือมารดาของเจ้าของข้อมูลให้แนบบัตรประจำตัวประชาชนของบิดามารดา และทะเบียนบ้านของเจ้าของข้อมูลพร้อมสำเนาถูกต้อง
- กรณีผู้ขอถ่ายเอกสารเป็นผู้สืบสันดานของเจ้าของข้อมูล ให้แนบบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สืบสันดาน ทะเบียนบ้านของผู้สืบสันดาน และทะเบียนบ้านของบุพการีของผู้สืบสันดานสืบเนื่องขึ้นไปโดยไม่ขาดสายจนถึง สำเนาทะเบียนบ้านของบุตรของเจ้าของข้อมูล
- กรณีผู้ขอถ่ายเอกสารเป็นพี่น้องร่วมบิดามารดาของเจ้าของข้อมูล ให้แนบบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านของพี่น้องร่วมบิดามารดา และทะเบียนบ้านของเจ้าของข้อมูล พร้อมสำเนาที่รับรองสำเนาถูกต้อง

5. ผู้ขอถ่ายเอกสารจะต้องเสียค่าธรรมเนียมในการถ่ายเอกสารข้อมูลประวัติในเวชระเบียนในอัตราที่กำหนดไว้ตามประกาศคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ เรื่อง การเรียกค่าธรรมเนียมการขอสำเนา หรือขอสำเนาที่มีคำรับรองถูกต้องของข้อมูลข่าวสารทางราชการ

6.ไม่ให้ข้อมูลผู้ป่วยทางโทรศัพท์

ขั้นตอนการขอประวัติการรักษา

1.เขียนคำร้องขอประวัติที่งานเวชระเบียน
2.ยื่นคำร้องพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วยและผู้ขอ
3.ชำระค่าธรรมเนียมในการถ่ายเอกสารข้อมูลประวัติในเวชระเบียนในอัตราที่กำหนดไว้ที่งานการเงิน ชั้น 2 โรงพยาบาลสมเด็จ

แบบขอประวัติการรักษาพยาบาล

เขียนที่ โรงพยาบาลสมเด็จ

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

เรื่อง ขออนุญาตถ่ายสำเนาประวัติผู้ป่วย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ เลขที่.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าเกี่ยวข้องเป็น ☐ ผู้ป่วยเอง ☐ บิดามารดา(บุตรอายุไม่เกิน 15 ปี) ☐ ผู้มอบอำนาจ ☐ อื่นๆ.....

ต้องการขอสำเนาเวชระเบียน(ชื่อ-สกุล เจ้าของประวัติ).....(HN).....

ต้องการขอประวัติช่วงรักษาวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

เพื่อนำไปใช้ประกอบการ (ทำเครื่องหมาย/ ที่หน้าช่อง เพียง 1 ช่อง ต่อ 1 คำร้อง)

☐ รักษาต่อโรงพยาบาลอื่น ☐ การเกณฑ์ทหาร/ผ่อนผันการเกณฑ์ทหาร ☐ นำไปเป็นหลักฐานในชั้นศาล

☐ โอนย้ายเพื่อดูแลบิดามารดา ☐ สมัครทำประกันชีวิต ยื่นต่อประกัน บริษัท.....

☐ เรียกร้องสินไหมทนแทนกับบริษัทประกัน บริษัท.....

ต้องการผลตรวจเพิ่มเติม เช่น ☐ ผลตรวจชิ้นเนื้อ ☐ ผลส่องกล้อง ☐ ผลX-ray ผลอื่นๆ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

(ลงชื่อ).....(ผู้ขอ)

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

<u>สำหรับเจ้าหน้าที่</u>

เลขที่ใบเสร็จ.....

ผู้ดำเนินการ.....วันที่.....

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต เพราะ.....

(นายไพฑูรย์ อุไรชื่น)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จ

<u>เงื่อนไขกรณี ต้องการขอคัดสำเนาเวชระเบียนและเปิดเผยข้อมูล</u>

1.ผู้ขอต้องใช้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่แจ้งไว้เท่านั้น

2.ผู้ขอต้องไม่นำข้อมูลไปเผยแพร่ จำหน่าย จ่าย แจก หรือกระทำโดยประการใดๆในลักษณะเช่นว่านั้น

3.ผู้ขอต้องไม่นำข้อมูลไปใช้ในทางที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่เจ้าของข้อมูล หากมีความเสียหายเกิดขึ้น ผู้ขอต้องรับผิดชอบตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เมื่อผู้ขอรับทราบเงื่อนไขดีแล้ว

ลงชื่อ.....(ตัวบรรจง)

เบอร์โทร.....วันที่.....

รับโดยวิธีการ ☐ มารับด้วยตนเอง ☐ ส่งเอกสารทางไปรษณีย์

ส่งถึง .....เบอร์โทร.....ที่อยู่เลขที่ .....หมู่.....

หมู่บ้าน.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....