

แบบฟอร์มขอสำเนาข้อมูลเวชระเบียนและภาพทางการแพทย์

Request for Medical Record / Medical Imaging Release

ชื่อผู้ป่วย / Patient Name:

HN / รหัสผู้ป่วย:

วันเกิด / DOB:

วันที่ขอ / Request Date:

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ Section 1 : Requestor Information

ข้าพเจ้า / I, คำนวณหน้า/Title

เบอร์โทร / Tel:

ที่อยู่

เลขบัตรประชาชน

ความสัมพันธ์ / Relationship:

- ☐ ผู้ป่วย (Patient) ☐ บิดา/มารดา (Parent) ☐ บุตร (Child) ☐ คู่สมรส (Spouse)
☐ ผู้ปกครองตามกฎหมาย (Legal Guardian) ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม (Legal Representative)
☐ ผู้รับมอบอำนาจ (Authorized Representative) ☐ อื่นๆ ระบุ / Other: _____

วัตถุประสงค์ / Purpose:

- ☐ การรักษาต่อสถานพยาบาลอื่น (Continuing Treatment) ☐ เบิกค่าสินไหมทดแทน/เบิกประกัน (Insurance Claim)
☐ ดำเนินคดีตามกฎหมาย (Legal Purpose) ☐ ส่วนตัว (Personal Use) ☐ สมัครทำประกัน (Insurance Application)
☐ ส่งต่อการรักษา / รพ.ปลายทางขอข้อมูล (Referral / Receiving Hospital Request)
☐ อื่นๆ ระบุ / Other: _____

ส่วนที่ 2 ประเภทข้อมูลที่ต้องการ Section 2 : Type of Records Requested

ช่วงวันที่รักษา / Treatment Period:

ถึง / to:

ก. เอกสารเวชระเบียน / Medical Record Documents

- ☐ ใบรับรองแพทย์ (Medical Certificate) วันที่ / Date: _____
☐ รายงานทางการแพทย์ (Medical Reporting/Discharge summary) วันที่ / Date: _____
☐ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Results) ☐ ผลการตรวจอื่นๆ ระบุ (Other Results): _____
☐ แบบฟอร์มบริษัทประกัน (Insurance / Reimbursement Claim Form)
☐ ผลตรวจระบบหัวใจ (Cardiac Study): ☐ EKG ☐ Echo ☐ EST ☐ Holter (DCG) ☐ Cardiac Cath
☐ เอกสารอื่นๆ ระบุ / Other Documents: _____

ข. ภาพทางการแพทย์ / Medical Imaging

1. แผนก X-Ray: ☐ (ทั่วไป / General) ☐ X-ray (พิเศษ / Special): _____ ☐ Ultrasound (U/S) ☐ Mammography
☐ CT Scan ☐ MRI ☐ PET/CT ☐ Nuclear Medicine ☐ BMD (Bone Density) ☐ อื่นๆ ระบุ / Others: _____
2. แผนกห้องผ่าตัด (Operating Room): ☐ ภาพผ่าตัด/ชิ้นเนื้อ _____ ☐ อื่น ๆ _____
3. แผนกสูติรีเวช (Obstetrician and Gynecologist): ☐ Ultrasound Diagnosis ☐ ส่องกล้อง colposcopy ☐ อื่น ๆ _____
4. แผนกทันตกรรม (Dental): ☐ X-ray Dental ☐ CT Dental ☐ อื่นๆ _____
5. แผนกห้องส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (GI-Endoscopy): ☐ ERCP ☐ Gastroscopy ☐ Colonoscopy ☐ Gastro - Colonoscopy
อื่น ๆ _____
6. แผนกตา(EYE): ☐ รูปภาพ _____ ☐ อื่น ๆ _____
7. แผนก หู คอ จมูก (Ear-Nose-Throat) : ☐ ภาพถ่ายการตรวจทางจมูก (Nasal endoscopy) ☐ ผลตรวจทางการได้ยิน (Hearing test)
8. อื่น ๆ Others: _____

ส่วนที่ 3 รูปแบบและช่องทางการรับข้อมูล Section 3 : Delivery Method

รูปแบบที่ขอรับ / Format Requested: ☐ กระดาษ* ☐ แผ่นซีดี/CD* ☐ USB Flash Drive* ☐ ไฟล์ดิจิทัล (Digital File)* ☐ फिल्मต้นฉบับ (Film)*

จำนวน/ Qty: _____

* อาจมีค่าบริการเพิ่มเติม / Additional fee may apply

ช่องทางการรับเอกสาร

- ☐ รับด้วยตนเองที่โรงพยาบาล (Pick up in person)
- ☐ กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นมารับ ระบุชื่อผู้รับ / Recipient Name: _____
- ☐ ส่งทางไปรษณีย์ (Mail) ที่อยู่ / Address: _____
- ☐ ส่งอีเมล (Email): _____

* กรุณาตรวจสอบชื่อผู้รับ ที่อยู่สำหรับจัดส่ง และอีเมลให้ถูกต้องครบถ้วนก่อนยื่นคำขอ หากเกิดความล่าช้า การจัดส่งผิดพลาด หรือการเปิดเผยข้อมูลไปยังบุคคลอื่น อันเนื่องมาจากข้อมูลของผู้ขอระบุไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน โรงพยาบาลขอสิทธิในการรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการผิดดังกล่าว

* Please carefully verify the recipient's name, mailing address, and email address before submitting the request. In the event of any delay, misdelivery, or disclosure to another person due to incorrect or incomplete information provided by the requester, the Hospital reserves the right not to be liable for any resulting damage.

โรงพยาบาลจะดำเนินการภายหลังได้รับเอกสารประกอบครบถ้วน โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการประมาณ 7-14 วันทำการ ทั้งนี้ อาจใช้เวลาเพิ่มขึ้นในกรณีข้อมูลเฉพาะทางข้อมูลจำนวนมาก หรือกรณีที่ต้องได้รับการพิจารณาจากแพทย์เจ้าของไข้ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

The Hospital will proceed after all required documents have been completely received. The processing time is approximately 7-14 business days. Additional processing time may be required for specialized records, large-volume requests, or cases requiring review by the attending physician or relevant departments.

ส่วนที่ 4 หลักฐานประกอบการขอ Section 4 : Supporting Documents

กรุณาแนบสำเนาเอกสารให้ครบถ้วน และลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ Please attach all required documents and sign each copy as certified true copy.

1. กรณีผู้ป่วยขอด้วยตนเอง / Patient

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือหนังสือเดินทางของผู้ป่วย
Copy of the patient's National ID Card or Passport

2. กรณีบิดา/มารดาขอแทนผู้ป่วยผู้เยาว์ (ยังไม่บรรลุนิติภาวะ อายุไม่เกิน 20 ปี บริบูรณ์) / Parent

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือหนังสือเดินทางของผู้ป่วย
Copy of the patient's National ID Card or Passport
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือหนังสือเดินทางของบิดา/มารดา
Copy of the parent's National ID Card or Passport
- ☐ สำเนาสูติบัตร หรือทะเบียนบ้าน หรือเอกสารที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบิดา/มารดา
Copy of Birth Certificate, House Registration, or other document proving parent-child relationship

3. กรณีบุตรขอแทนผู้ป่วย / Child (*อายุบุตรต้อง 20 ปีบริบูรณ์)

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือหนังสือเดินทางของผู้ป่วย
Copy of the patient's National ID Card or Passport
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือหนังสือเดินทางของบุตร
Copy of the child's National ID Card or Passport
Copy of House Registration, Birth Certificate, or other document proving parent-child relationship
- ☐ หนังสือมอบอำนาจหรือหนังสือยินยอมจากผู้ป่วย เว้นแต่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้และมีเหตุจำเป็นตามที่โรงพยาบาลพิจารณา
Power of Attorney or written consent from the patient, unless the patient is unable to provide consent and there is a necessity as determined by the Hospital

4. กรณีคู่สมรสขอแทนผู้ป่วย / Spouse

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือหนังสือเดินทางของผู้ป่วย
Copy of the patient's National ID Card or Passport
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือหนังสือเดินทางของคู่สมรส
Copy of the spouse's National ID Card or Passport
Copy of Marriage Certificate or other document proving legal marital relationship
- ☐ หนังสือมอบอำนาจหรือหนังสือยินยอมจากผู้ป่วย เว้นแต่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้และมีเหตุจำเป็นตามที่โรงพยาบาลพิจารณา
Power of Attorney or written consent from the patient, unless the patient is unable to provide consent and there is a necessity as determined by the Hospital

5. กรณีผู้ปกครองตามกฎหมาย / Legal Guardian หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม / Legal Representative

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือหนังสือเดินทางของผู้ป่วย
Copy of the patient's National ID Card or Passport
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือหนังสือเดินทางของผู้ปกครองตามกฎหมาย
Copy of the legal guardian's National ID Card or Passport
- ☐ คำสั่งศาลหรือเอกสารทางราชการที่แสดงอำนาจในการเป็นผู้ปกครองผู้นุบาล หรือผู้พิทักษ์
Court order or official document proving legal guardianship, curatorship, or conservatorship

6. กรณีผู้รับมอบอำนาจ / Authorized Representative:

- ☐ หนังสือมอบอำนาจที่ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจและขอบเขตการขอรับเอกสารอย่างชัดเจน
Power of Attorney clearly identifying the authorized representative and scope of authorization
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้ป่วย/ผู้มอบอำนาจ
Copy of the patient's/grantor's National ID Card or Passport
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้รับมอบอำนาจ
Copy of the authorized representative's National ID Card or Passport
- ☐ บัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทางตัวจริงของผู้รับมอบอำนาจ เพื่อแสดงต่อเจ้าหน้าที่ในวันที่ยื่นคำขอรับเอกสาร
Original National ID Card or Passport of the authorized representative for verification upon document pick-up

7. กรณีอื่น ๆ / Other

- ☐ เอกสารยืนยันตัวตนของผู้ขอ
Identification document of the requester
- ☐ เอกสารที่แสดงสิทธิหรืออำนาจในการขอข้อมูล
Document proving authority or right to request the information
- ☐ เอกสารอื่น ๆ ตามที่โรงพยาบาลร้องขอเพิ่มเติม
Any other document as may be requested by the Hospital

ส่วนที่ 5 การให้ความยินยอมและรับรองความถูกต้อง Section 5 : Consent & Declaration

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลและเอกสารประกอบที่ระบุในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริง ถูกต้อง และครบถ้วนทุกประการ และข้าพเจ้ามีสิทธิโดยชอบด้วยกฎหมายในการขอรับข้อมูลดังกล่าวข้าพเจ้ารับทราบว่า โรงพยาบาลจะดำเนินการตามคำขออนุญาตภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (PDPA) และกฎระเบียบของโรงพยาบาล ทั้งนี้ โรงพยาบาลอาจปฏิเสธหรือระงับการดำเนินการ หากเอกสารไม่ครบถ้วน ไม่สามารถยืนยันตัวตนหรือสิทธิของผู้ขอได้ หรือมีเหตุอันสมควรตามกฎหมายหรือระเบียบของโรงพยาบาล ข้าพเจ้าตกลงรับผิดชอบต่อผลใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการเปิดเผยข้อมูลตามคำขอของข้าพเจ้า และรับทราบว่า เมื่อข้อมูลหรือเอกสารทางการแพทย์ถูกส่งมอบหรือนำออกจากโรงพยาบาลตามคำขอแล้ว การใช้ เก็บรักษา ส่งต่อ หรือเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวภายหลัง ย่อมอยู่นอกเหนือการควบคุมและความรับผิดชอบของโรงพยาบาล เว้นแต่เกิดจากการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงของโรงพยาบาล.

I hereby certify that all information and supporting documents provided in this form are true, accurate, and complete, and that I am legally entitled to request the information specified herein. I acknowledge that the Hospital will process this request in accordance with the National Health Act B.E. 2550, the Personal Data Protection Act B.E. 2562 (PDPA), and the Hospital's policies and regulations. The Hospital reserves the right to reject or suspend the request if the required documents are incomplete, the requester's identity or authority cannot be verified, or there is any reasonable ground under applicable laws or Hospital regulations. I accept full responsibility for any consequences arising from the disclosure of the requested information pursuant to my request. I further acknowledge that once the medical information or documents have been delivered or released from the Hospital, any subsequent use, storage, transfer, or disclosure of such information shall be beyond the Hospital's control and responsibility, unless caused by the Hospital's willful misconduct or gross negligence.

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ / Requestor's Signature

()

วันที่ / Date: _____

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / Relationship to Patient:

- ☐ ผู้ป่วย / Patient
☐ ผู้รับมอบอำนาจ / Authorized Person
☐ อื่น ๆ / Other: _____

ส่วนที่ 6 สำหรับเจ้าหน้าที่เท่านั้น Section 6 : For Staff Use Only

การรับเรื่อง / Request Received

เจ้าหน้าที่รับเรื่อง: _____ รหัสพนักงาน: _____ วันที่ _____

แผนก / โทร: _____ ช่องทางรับเรื่อง: ☐ Counter ☐ โทรศัพท์ ☐ E-mail ☐ Online

แพทย์ผู้อนุญาต / Authorizing Physician:

ลงชื่อแพทย์ / Physician Signature: _____ วันที่: _____

บันทึกเพิ่มเติม / Additional Notes:

ส่วนที่ 7 บันทึกการส่งมอบและรับเอกสาร (Document Delivery Record)

ข้าพเจ้าได้รับเอกสารตามที่ร้องขอถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ _____ ผู้รับเอกสาร
 ()

☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้แทน ความสัมพันธ์: _____
 วันที่ _____

ลงชื่อ _____ เจ้าหน้าที่ผู้มอบ
 ()

รหัสพนักงาน _____ แผนก _____
 วันที่ _____

หมายเหตุ: กรุณามารับสำเนาเวชระเบียนภายใน 1 เดือนหลังจากได้รับการแจ้งครั้งสุดท้าย มิฉะนั้นโรงพยาบาลจะดำเนินการทำลายสำเนาดังกล่าวพร้อมหลักฐานทั้งหมด |

Note: Please collect copies within 1 month of final notification, after which all copies will be destroyed.