

หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยและมอบอำนาจขอรับประวัติการรักษา Consent to Disclose Medical Information and Power of Attorney to Obtain Medical Records

เขียนที่ Written at

วันที่ Date (dd/mm/yyyy)

ส่วนที่ 1 : ผู้มอบอำนาจ (เจ้าของประวัติการรักษา) | Part 1: Grantor — the patient / owner of the medical records

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) I, the undersigned (Mr. / Mrs. / Ms.) — full name

อายุ Age (years)

เลขประจำตัวประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง
ID card no. / Passport no.

หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (HN)
Hospital Number (HN)

บ้านเลขที่

ตรอก / ซอย Lane / Alley

ถนน Road / Street

House / Building no.

แขวง / ตำบล Sub-district

เขต / อำเภอ District

จังหวัด Province / State

ประเทศ Country

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ Contact telephone no.

ซึ่งเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระรามเก้า being a patient of Praram 9 Hospital

ส่วนที่ 2 : ผู้รับมอบอำนาจ | Part 2: Attorney — the person authorised to act on the patient's behalf

ได้มอบอำนาจให้บุคคลดังต่อไปนี้ I hereby grant power of attorney to the following person:

ชื่อ - นามสกุล (นาย / นาง / นางสาว) Full name (Mr. / Mrs. / Ms.)

อายุ Age (years)

เกี่ยวข้องกับ Relationship to the patient

☐ บุตร Child ☐ บิดา Father ☐ มารดา Mother ☐สามี Husband ☐ ภรรยา Wife ☐ อื่น ๆ Other — specify

เลขประจำตัวประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง ID card no. / Passport no.

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ Contact telephone no.

บ้านเลขที่

ตรอก / ซอย Lane / Alley

ถนน Road / Street

House / Building no.

แขวง / ตำบล Sub-district

เขต / อำเภอ District

จังหวัด Province / State

ประเทศ Country

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแจ้งขอคัดสำเนา และรับประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากโรงพยาบาลพระรามเก้า แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลพระรามเก้าเปิดเผยประวัติการรักษา และขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามที่มอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเองทุกประการ

to be my lawful attorney with full authority to request, obtain and take delivery of copies of my medical records from Praram 9 Hospital on my behalf until the matter is completed. I hereby consent to Praram 9 Hospital disclosing my medical records, and I accept full responsibility for every act carried out by the attorney under this power of attorney as if I had carried it out in person.

เพื่อเป็นหลักฐานแห่งความยินยอมและรับรองหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

In witness of this consent and in certification of this document, I have set my signature or thumbprint hereunder in the presence of the witnesses below.

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ Signature — Grantor / Patient

()

ตัวบรรจง / Print name

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ Signature — Attorney

()

ตัวบรรจง / Print name

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจ

และผู้มอบอำนาจได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

I certify that the signature or thumbprint above is the true signature or thumbprint of the grantor, and that it was affixed in my presence.

ลงชื่อ พยานคนที่ 1 Signature — Witness 1

()

ตัวบรรจง / Print name

ลงชื่อ พยานคนที่ 2 Signature — Witness 2

()

ตัวบรรจง / Print name

หมายเหตุ | Notes

1. แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาหนังสือเดินทางของผู้มอบอำนาจ และของผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

1. Attach a certified true copy of the national ID card or passport of both the grantor and the attorney.

2. กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือแทนการลงลายมือชื่อ จะต้องมียานรับรอง 2 คน

2. Where a thumbprint is used instead of a signature, two witnesses must certify this document.

บุคคลดังต่อไปนี้มีสิทธิขอเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล (ตาม “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การคุ้มครองและจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล พ.ศ. 2561”) (1) ผู้เป็นเจ้าของข้อมูล (2) ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้เป็นเจ้าของข้อมูล (3) ผู้ที่ได้รับอนุญาตจากผู้เป็นเจ้าของข้อมูล (4) ผู้มีอำนาจกระทำการแทนเจ้าของข้อมูล คือ ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีเจ้าของข้อมูลเป็นเด็กหรือผู้เยาว์ ผู้อนุบาล กรณีเจ้าของข้อมูลเป็นบุคคลไร้ความสามารถ หรือผู้พิทักษ์ กรณีเจ้าของข้อมูลเป็นบุคคลเสมือนไร้ความสามารถ ทั้งนี้ ถ้าผู้เยาว์อายุ 15 ปีบริบูรณ์แล้ว ให้ผู้เยาว์เป็นผู้ให้ความยินยอมด้วยตนเอง

The following persons are entitled to request disclosure of an individual's health information (under the Ministry of Public Health Regulation on the Protection and Management of Personal Health Information, B.E. 2561 (2018)): (1) the owner of the information; (2) a person granted power of attorney by the owner; (3) a person given consent by the owner; (4) a person legally empowered to act for the owner — the legal representative where the owner is a child or minor, the guardian where the owner is an incompetent person, or the curator where the owner is a quasi-incompetent person. Where the minor has reached 15 years of age, the minor may give consent personally.