

## คำร้องขออนุมัติเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย

ด้วยข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย มีความประสงค์ขอ

 สำเนาเวชระเบียน อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ของ.....(ชื่อผู้ป่วย).....อายุ.....ปี ซึ่งได้เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เพื่อ  ประกอบการรักษาพยาบาล เป็นหลักฐานทางกฎหมาย อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

โดยนำหลักฐานมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ดังนี้

1. หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย (FR-MIS-01)
2. บัตรประจำตัวประชาชน / ข้าราชการและสำเนาบัตรประชาชน / ข้าราชการ ของผู้ป่วย (ผู้ยินยอมให้เปิดเผยประวัติ)
3. บัตรประจำตัวประชาชน / ข้าราชการและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / ข้าราชการ ผู้ยื่นคำร้อง

ข้าพเจ้าทราบดีว่า การกระทำของข้าพเจ้าอาจเกิดผลเสียหายต่อโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง หากมีผลเสียหายเกิดขึ้นจากการกระทำของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบทุกอย่าง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

หมายเหตุ : ถ้าผู้ยื่นคำร้องเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ