

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

โดยข้าพเจ้าเป็น ผู้ป่วย/บุตร/บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา ของผู้ป่วย ยินยอมให้โรงพยาบาลสุโขทัย
เปิดเผยประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยหรือสิ่งอื่นๆ ที่ได้จากการตรวจพบในระหว่างการรักษา
ของ(ชื่อผู้ป่วย).....เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล รวมทั้งการรักษา
พยาบาลในอนาคตด้วย เพื่อ

- () นำไปประกอบการรักษา
- () เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาแสดงด้วยดังนี้ คือ

- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- () สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของข้าพเจ้า
- () สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- () สำเนาทะเบียนบ้านของข้าพเจ้า
- () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

ถ้าผู้ให้ความยินยอมเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐานใน
ช่องลงชื่อ กรุณาเซ็นต์สำเนาถูกต้องในสำเนาเอกสารทุกฉบับ