

หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติและมอบอำนาจ

เรื่อง ขอมอบอำนาจและยินยอมเปิดเผยประวัติในการขอประวัติการรักษา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

บุตรนาย.....นาง.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสประจำตัวประชาชนเลขที่ [] - [] [] [] [] [] - [] [] [] [] [] [] - [] [] [] - []

วันที่ออกบัตร...../...../..... บัตรหมดอายุ...../...../.....เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....

บุตรนาย.....นาง.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ เรื่อง.....แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้า

ยอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐาน
ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่
ผู้เกี่ยวข้อง สามารถเปิดเผยประวัติข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมดของข้าพเจ้าได้ หากเกิดความเสียหายใดๆเนื่องจากการ
การเปิดเผยประวัติการรักษาดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ ยินยอมเปิดเผยประวัติ

(.....) ตัวบรรจง

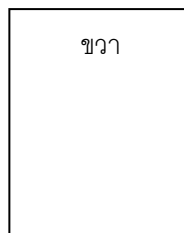
ลายนิ้วมือ นิ้วหัวแม่มือ

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง



*** กรณี ผู้ป่วยไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ***

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ :: กรุณาเขียนข้อความให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน หนังสือมอบอำนาจเป็นเอกสารสิทธิ ตามประมวลกฎหมายอาญาลักษณะ
7 ความผิดเกี่ยวกับการปลอมและการแปลง หมวด 3 ความผิดเกี่ยวกับเอกสาร มาตรา 264 ผู้ใดทำเอกสารปลอมขึ้นทั้งฉบับหรือแต่ส่วนหนึ่ง
ส่วนใด เติมหรือตัดทอนข้อความ หรือแก้ไขด้วยประการใดๆ ในเอกสารที่แท้จริง หรือประทับตราปลอมหรือลงลายมือชื่อปลอมในเอกสาร โดย
ประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ถ้าได้กระทำให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง

ผู้นั้นกระทำความผิดฐานปลอมเอกสาร ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

*หมายเหตุ เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โรงพยาบาลขอสงวนสิทธิการให้สำเนาประวัติการรักษาผู้ป่วยหากไม่ได้รับความยินยอมจากเจ้าของประวัติ