



ใบคำร้องขอเวชระเบียนโรงพยาบาลศรีนครินทร์

เรื่อง ขอสำเนาเวชระเบียน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ (ผ่านหัวหน้างานเวชระเบียนและสถิติ)

เลขที่คำร้อง.....นัด.....
HN.....
เขียนที่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(ผู้ขอ).....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง เลขที่เบอร์โทรศัพท์.....
ช่องทางติดต่อเพิ่มเติม ระบุหรือไม่ระบุก็ได้ Line ID.....E-Mail.....
ข้าพเจ้าเกี่ยวข้องกับ []ผู้ป่วยเอง []บิดามารดา(บุตรอายุไม่เกิน 15ปี) []ผู้รับมอบอำนาจ [] อื่นๆ.....
ต้องการขอสำเนาเวชระเบียน (ชื่อ-นามสกุล เจ้าของประวัติ).....เลขผู้ป่วย(HN).....
ต้องการขอประวัติช่วงรักษาวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เพื่อนำไปใช้ประกอบการ (ทำเครื่องหมาย / ที่หน้าช่อง เพียง 1 ช่อง ต่อ 1 คำร้อง)

[] รักษาต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน [] ทำหนังสือส่งตัว [] ติดต่อประกันสังคม [] การเกณฑ์ทหาร / ผ่อนผันการเกณฑ์ทหาร
[] นำไปเป็นหลักฐานในชั้นศาล / สอบสวน / พิจารณาคดี [] โอนย้าย / ลาออกจากงาน / โอนย้ายเพื่อดูแลบิดามารดา
[] สมัครทำประกันชีวิต / ประกันสุขภาพ / ประกันอุบัติเหตุ หรือ ยื่นต่อประกัน บริษัท.....
[] เรียกร้องสิทธิใหม่ทดแทนกับบริษัทประกัน บริษัท.....
- ต้องการผลตรวจเพิ่มเติม เช่น () ผลตรวจพิเศษทางการได้ยิน () ผลตรวจคลื่นหัวใจ () ผลการตรวจชิ้นเนื้อ () ผลส่งกล้อง
() ผลX-ray () ผลแมมโมแกรม ผลอื่นๆ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ)(ผู้ขอ)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ประทับตราการเงิน ชำระเงินแล้วพร้อมเลขที่ใบเสร็จ
เลขที่ใบเสร็จ

ผู้รับคำร้องวันที่.....

ผู้ดำเนินการ.....วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต เพราะ

ลงชื่อ.....ผู้รับรองคำร้อง

วันที่.....

เงื่อนไขกรณี ต้องการขอคัดสำเนาเวชระเบียนและเปิดเผยข้อมูล

1. ผู้ขอต้องใช้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่แจ้งไว้เท่านั้น
2. ผู้ขอต้องไม่นำข้อมูลไปเผยแพร่ จำหน่าย จ่าย แจก หรือกระทำการใด
ประการใดๆ ในลักษณะเช่นว่านั้น
3. ผู้ขอต้องไม่นำข้อมูลไปใช้ในทางที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่เจ้าของ
ข้อมูล หากมีความเสียหายเกิดขึ้น ผู้ขอต้องรับผิดชอบตามกฎหมายที่
เกี่ยวข้องทั้งหมด เมื่อผู้ขอรับทราบเงื่อนไขแล้ว
(ลงชื่อต่อหน้าเจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้องเท่านั้น)
(ลงชื่อ)X.....(ตัวบรรจง)
เบอร์โทร.....วันที่.....

รับโดยวิธีการ ☐ มารับด้วยตนเอง ☐ ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ผู้ขอ ☐ ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ด้านล่าง

ส่งถึง / บริษัท / สำนักงาน / ธนาคาร / คุณ /เบอร์โทร.....

ที่อยู่เลขที่.....หมู่.....หมู่บ้าน.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เอกสารประกอบคำร้อง (ทุกอย่างใช้เป็นเอกสารตัวสำเนารับรองสำเนาถูกต้อง)

เอกสารประกอบการยื่นคำร้อง เครื่องหมาย (/ เท่ากับ หรือ) ใช้เพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง

ขอด้วยตนเอง (ประวัติตนเอง)

1. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรราชการ / หนังสือเดินทาง(กรณีต่างชาติ)

ได้รับการมอบอำนาจจากเจ้าของประวัติ (ผู้รับมอบอำนาจ หรือ ตัวแทน
ประกัน)

1. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรราชการ / หนังสือเดินทาง (ผู้มอบอำนาจ)
2. หนังสือมอบอำนาจให้ผู้รับมอบอำนาจดำเนินการแทน (ปิดอากรแสตมป์ 10 บาท)
3. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรราชการ / หนังสือเดินทาง (ผู้รับมอบอำนาจ)

.....
กรณีเจ้าของประวัติอายุไม่เกิน 14 ปี ให้บิดาหรือมารดา เป็นผู้มอบอำนาจ
แทน และ ใช้สำเนาทะเบียนบ้านหรือสูติบัตรบุตรประกอบด้วย

เงื่อนไขกรณี ต้องการขอคัดสำเนาเวชระเบียนและ
เปิดเผยข้อมูล ลงชื่อรับทราบข้อมูล ตามประกาศคณะ
แพทยศาสตร์ ฉบับที่ 93/2563 เรื่อง หลักเกณฑ์และ
วิธีการขอข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล คณะแพทยศาสตร์

1. ผู้ขอต้องใช้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่แจ้งไว้เท่านั้น
2. ผู้ขอต้องไม่นำข้อมูลไปเผยแพร่ จำหน่าย จ่าย แจก
หรือกระทำโดยประการใดๆ ในลักษณะเช่นว่านั้น
3. ผู้ขอต้องไม่นำข้อมูลไปใช้ในทางที่อาจจะก่อให้เกิด
ความเสียหายแก่เจ้าของข้อมูล หากมีความเสียหาย
เกิดขึ้น ผู้ขอต้องรับผิดชอบตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
ทั้งหมด เมื่อผู้ขอรับทราบเงื่อนไขข้อนี้แล้ว
ลงชื่อเมื่อรับทราบและเข้าใจเงื่อนไขข้างต้นแล้ว
(ลงชื่อ) **X**.....(ตัวบรรจง)
ลายมือชื่อ.....
เบอร์โทร.....วันที่.....

กรณี

ขอประวัติ ผู้พิการ / บุคคลเสมือนไร้ความสามารถ (มีบัตรผู้พิการ / บุคคลเสมือนไร้ความสามารถ)

1. สำเนาบัตรผู้พิการ / บัตรบุคคลเสมือนไร้ความสามารถ (มีชื่อผู้อนุบาล / ผู้พิทักษ์บุคคลเสมือนไร้ความสามารถ)
2. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรราชการ / หนังสือเดินทาง (ผู้ขอที่มีชื่อในบัตร)

.....
กรณีเจ้าของประวัติอายุไม่เกิน 15 ปี ให้บิดาหรือมารดา เป็นผู้มอบอำนาจแทน และ ใช้สำเนาทะเบียนบ้านหรือสูติบัตรบุตร
ประกอบด้วย และในบัตรผู้พิการ / บุคคลเสมือนไร้ความสามารถ ชื่อผู้ดูแลต้องตรงกับผู้มาขอ หรือมอบอำนาจ

กรณี

ขอประวัติ ผู้ป่วยเสียชีวิต

ผู้มีสิทธิในการขอสำเนาเวชระเบียนของผู้เสียชีวิตตามกฎหมาย คือญาติสายตรง (บิดามารดา คู่สมรส บุตร)

ระบุผู้ขอ

[] บิดามารดา [] คู่สมรส [] บุตร บุคคลที่ต้องใช้เอกสารเพิ่มเติม [] บุตรบุญธรรม (ต้องมีคำสั่งศาลเรื่องรับบุตร)
[] ผู้สืบสันดาน [] ผู้อนุบาล / ผู้พิทักษ์ (สอบถามเจ้าหน้าที่)

1. สำเนามรณบัตร
2. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรราชการ / หนังสือเดินทาง (ผู้ขอ) และ (ผู้เสียชีวิต)
3. สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีคู่สมรสเป็นผู้ขอ)
4. สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้านบุตร (กรณีบุตรเป็นผู้ขอ)
5. สำเนาทะเบียนบ้านผู้ตาย (กรณีบิดามารดาเป็นผู้ขอ)
6. สำเนาคำสั่งศาล / สำเนาแต่งตั้งผู้จัดการมรดก (กรณีมีผู้จัดการมรดก)

เอกสารเพิ่มเติม (มีข้อสงสัยโปรดสอบถามเจ้าหน้าที่)

.....
หากขอในนามบริษัทประกันชีวิตหรือ ได้รับมอบอำนาจจากญาติสายตรง

7. หนังสือมอบอำนาจให้ผู้รับมอบอำนาจดำเนินการแทน มอบจากญาติสายตรง (ปิดอากรแสตมป์ 10 บาท)
8. หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา (ฟอร์มบริษัท ที่ผู้เสียชีวิตเคยให้ไว้กับบริษัทประกัน)
9. สำเนาบัตรตัวแทน หรือ ผู้รับมอบอำนาจ