



คำร้องขอสำเนาเวชระเบียน

เขียนที่ โรงพยาบาลเสลภูมิ
วันที่.....

เรื่อง ขออนุญาตถ่ายสำเนาเวชระเบียน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขที่บัตรประชาชน.....บ้านเลขที่..... หมู่..... ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

มีความประสงค์จะขออนุญาต

ถ่ายสำเนาประวัติการรักษา ช่วงระหว่าง วันที่.....ถึง.....

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก เวชระเบียนผู้ป่วยใน

อื่นๆ (ระบุ)..... ช่วงระหว่าง วันที่.....ถึง.....

ของ ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

โดยข้าพเจ้ามีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....

วัตถุประสงค์ ประกอบการรักษาพยาบาลต่อที่.....

ประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนกับบริษัท.....

ประกอบการทำประกันชีวิตกับบริษัท.....

อื่นๆ(ระบุ).....

โดยแนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ดังนี้

หนังสือมอบอำนาจจากผู้ป่วย (กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาขอเองได้)

สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ของผู้ป่วย)

สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ของผู้ยื่นคำร้อง)

ใบมรณะบัตร (กรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิต)

อื่นๆ ระบุ.....

ทั้งนี้ โดยให้ยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา หากอันเนื่องจากการกระทำตามวรรคแรกได้รับความเสียหายแก่ข้าพเจ้า
ทายาทโดยชอบธรรมหรือผู้มีส่วนได้เสีย ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องหรือฟ้องร้องดำเนินคดีทางแพ่งและอาญาหรือทางใดทางหนึ่ง
กับผู้ดำเนินการเปิดเผยประวัติในครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลเสลภูมิเรียกหรือฟ้องร้องในทางแพ่งและอาญาได้

มารับเอกสารด้วยตนเอง เบอร์โทร.....

ลงชื่อ.....

นำส่งไปรษณีย์ ที่อยู่.....

(.....)

ผู้ยื่นคำร้อง

เบอร์โทร.....

เสนอ หัวหน้างานประกันสุขภาพ

เสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ

เพื่อโปรด (.....) ทราบ

(.....) พิจารณา

ทราบ/เห็นชอบ อนุมัติ

ดำเนินการ อนุญาต

ลงนามแล้ว

(นางอารยา ธรรมณี)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หัวหน้างานประกันสุขภาพ

.....

(นายบุญมี โพธิ์สนาม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสลภูมิ