

## หนังสือมอบอำนาจ

วันที่.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
เบอร์โทรศัพท์.....

ได้มอบอำนาจให้..... อายุ.....ปี  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
เบอร์โทรศัพท์.....

ในฐานะเป็น  บุตร  บิดา  มารดา  สามี  ภรรยา  ผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย  
อื่น ๆ โปรดระบุ.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการ ขอประวัติการรักษาพยาบาล จากโรงพยาบาลบางไผ่ แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ  
และข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามที่มอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งว่า ข้าพเจ้าได้  
กระทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ : ผู้รับมอบอำนาจจะต้องนำบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และบัตรประจำตัวประชาชนของตนเอง  
ถ่ายสำเนาเอกสารบัตรพร้อมรับรองสำเนาไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ด้วย



หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์  
เพื่อขอประวัติการรักษาพยาบาล

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....  
บัตรประจำตัวประชาชน / ใบขับขี่ / บัตรอื่น ๆ คือ.....เลขที่.....  
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....  
อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ จะขอเอกสารทางการแพทย์ที่รับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลบางไผ่ของ  
(นาย, นาง, นางสาว).....HN.....AN.....  
ตั้งแต่วันที่...../...../.....ถึงวันที่...../...../.....

ซึ่งในการดำเนินการขอข้อมูลทางด้านสุขภาพนี้

- ข้าพเจ้าดำเนินการด้วยตนเอง  
 ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจ / ผู้มีอำนาจของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าเข้าใจและรับทราบดีว่า ข้อมูลทางการแพทย์ถือเป็นข้อมูลความลับผู้ป่วย ที่บุคลากรทุกคนใน  
โรงพยาบาลบางไผ่ มีหน้าที่ที่จะรักษาข้อมูลความลับและไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลใด ๆ แก่ผู้อื่น โดยมีได้รับ  
อนุญาตจากผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ดังนั้นข้อมูลทางการแพทย์ที่นำออกจากโรงพยาบาล จึงไม่อยู่ใน  
ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลบางไผ่

เหตุผลในการขอประวัติการรักษาพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการ

- เบิกค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกัน  เพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อที่โรงพยาบาล.....  
 สมัครทำประกันชีวิต / ประกันภัย  อื่น ๆ (ระบุ).....  
 เบิกเงินทดแทนจากหน่วยงานราชการ, รัฐวิสาหกิจ, ประกันสังคม

อนึ่งกรณีที่ข้าพเจ้าให้บุคคลอื่นเป็นผู้ดำเนินการขอข้อมูลทางด้านสุขภาพแทนข้าพเจ้านั้น ให้ถือว่า  
หนังสือฉบับนี้เป็นหนังสือมอบอำนาจของข้าพเจ้า เพื่อให้ผู้ที่ข้าพเจ้าได้ระบุชื่อไว้ข้างต้นเป็นผู้มีอำนาจ  
ดำเนินการแทนข้าพเจ้าได้

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย / ผู้มีอำนาจของผู้ป่วย ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....) (.....)

หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจของผู้ป่วย หมายถึง ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 18 ปี หรือไม่ได้บรรลุนิติภาวะ  
โดยจดทะเบียนสมรส) ผู้อนุญาตของผู้ไร้ความสามารถตามคำสั่งศาล, ผู้พิทักษ์ของบุคคลผู้เสมือนไร้ความสามารถ คำสั่งศาล

การรับเอกสาร

- มารับเอง  
 ให้จัดส่งทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่.....

ข้าพเจ้าได้รับมอบเอกสารตามที่ร้องขอถูกต้องสมบูรณ์ทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย / ผู้มีอำนาจ / ผู้รับมอบอำนาจ / ผู้รับการตรวจสุขภาพ  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

\*กรณีที่ส่งเอกสารขอประวัติการรักษาพยาบาลทาง E - mail ทุกครั้งที่มารับเอกสารต้องเอาเอกสารขอประวัติ  
ตัวจริงมายื่นให้กับทางโรงพยาบาล