



โรงพยาบาลขอนแก่น  
Khon Kaen Hospital

## แบบคำร้องขอทราบประวัติผู้ป่วยเพื่อรักษาแบบเร่งด่วนฉุกเฉิน ศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่น

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอทราบประวัติผู้ป่วย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

ข้าพเจ้า.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานที่ทางราชการออกให้.....

ที่อยู่ หรือสถานที่ติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

หน่วยงานต้นสังกัดที่ปฏิบัติงาน.....

### มีความประสงค์จะขอ

( ) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ระบุ).....

( ) ประวัติการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลขอนแก่น (ใบสรุปการรักษา)

เข้ารับการรักษา เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....

( ) ผลการตรวจทางรังสีวิทยา (ระบุ).....

( ) อื่น ๆ (ระบุ) .....

ของ (ชื่อผู้ป่วย)..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

เพื่อนำไปประกอบการรักษาพยาบาล ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการรักษาผู้ป่วย

### ช่องทางการจัดส่งประวัติผู้ป่วย

( ) จัดส่งทาง Email ของหน่วยงาน : ระบุ.....

( ) จัดส่งทางแอปพลิเคชัน Line ของหน่วยงาน : ระบุ.....

ข้าพเจ้าขอยินยอม ปฏิบัติตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

๑. ข้าพเจ้าจะใช้ข้อมูลประวัติผู้ป่วยดังกล่าว ตามวัตถุประสงค์ที่แจ้งไว้ในคำขอเท่านั้น

๒. ข้าพเจ้าจะไม่นำข้อมูลประวัติผู้ป่วยนี้ไปเผยแพร่ จำหน่าย จ่าย แจก ทำสำเนา หรือกระทำได้โดยประการ

ใด ๆ ในลักษณะเช่นว่านั้น

๓. ข้าพเจ้าจะไม่นำข้อมูลประวัติผู้ป่วยนี้ ไปใช้ในทางที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่เจ้าของข้อมูลนี้

หรือโรงพยาบาลขอนแก่น หากมีความเสียหายเกิดขึ้น ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล เพื่อประกอบการรักษาพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม (ผู้ป่วย/ญาติ)

(.....)

หมายเหตุ : โปรดแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ร้องขอข้อมูลและผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย เพื่อยืนยันตัวตน