



ประกาศโรงพยาบาลจักราช
เรื่องแนวทางการขอข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดแนวทางการขอข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลจักราช สำหรับผู้รับบริการ ผู้ป่วยหรือผู้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วย หรือหน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจตามกฎหมาย

เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐ และพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ จึงออกประกาศไว้ ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า "ประกาศโรงพยาบาลจักราช เรื่อง แนวทางการขอข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล"

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป

ข้อ ๓ บรรดาประกาศ หรือหนังสือสั่งการอื่นใด ที่ขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ หรือที่มีกำหนดไว้แล้วให้ใช้ประกาศนี้แทน

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

"ใบคำร้อง" หมายถึง หนังสือเพื่อใช้แสดงเจตจำนงในการขอประวัติการรักษาพยาบาล

"ประวัติการรักษาพยาบาล" หมายถึง ข้อมูลที่บันทึกเกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาและการดูแลทางการแพทย์ของผู้ป่วย มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาในอดีตและปัจจุบัน ซึ่งจัดทำและบันทึกโดยบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเก็บเป็นหลักฐานและใช้ประโยชน์ในการรักษาในอนาคต หรือเพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น เพื่อประกอบการพิจารณาคดี การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากผู้รับประกันภัย เป็นต้น

ประวัติการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย

(๑) ประวัติการรักษา (Medical Records)

(๒) ผลการตรวจร่างกาย (Physician Examination Report)

(๓) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Test Results)

(๔) ผลการตรวจทางรังสี (Image Reports)

(๕) บันทึกการผ่าตัด (Surgical Records)

(๖) ใบรับรองแพทย์และใบเคลมประกันชีวิต (Medical Certificate)

(๗) ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การส่งตัวไปรักษาต่อแพทย์เฉพาะทาง

ข้อ ๕ ผู้รับบริการ ผู้ป่วยหรือผู้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วย ที่มีความประสงค์ขอข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล หรือผลการตรวจยาและสารเสพติดในปัสสาวะ หรือผลตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด (Blood Alcohol) หรือผลตรวจเอชไอวี (HIV) หรือผลเอกซเรย์ (X-ray) หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้ติดต่อกันเวาระเบียน อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจักราช ดังนี้

๕.๑ กรณีผู้ป่วยยื่นคำร้องด้วยตนเองให้นำบัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง

๕.๒ กรณีเป็นผู้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วยให้นำเอกสารมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ดังนี้

(๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

(๓) หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลและมอบอำนาจ

๕.๓ กรณีผู้ป่วยเป็นผู้ที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ (มีอายุไม่ครบ ๒๐ ปีบริบูรณ์ หรือไปไม่ได้สมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย) ให้บิดาหรือมารดาเป็นผู้ดำเนินการแทน และให้นำเอกสารมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ดังนี้

- (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- (๒) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย หรือสำเนาสูติบัตร
- (๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของบิดาหรือมารดา
- (๔) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนรับบุตรบุญธรรม (กรณีผู้ป่วยเป็นบุตรบุญธรรม)

๕.๔ กรณีเป็นผู้ยื่นใบคำร้องแทนผู้ป่วย ได้แก่ บุตร บิดามารดา พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน หรือพี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาเดียวกันให้นำเอกสารมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ดังนี้

- (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- (๒) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ป่วย
- (๓) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นใบคำร้องแทนผู้ป่วย
- (๔) สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นใบคำร้องแทนผู้ป่วย
- (๕) สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนรับบุตรบุญธรรม (กรณีบุตรบุญธรรมเป็นผู้ยื่นใบคำร้องแทนผู้ป่วย)

๕.๕ กรณีสามีหรือภรรยาที่ชอบด้วยกฎหมาย เป็นผู้ยื่นใบคำร้องแทนผู้ป่วยให้นำเอกสารมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ดังนี้

- (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- (๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของสามีหรือภรรยาที่ชอบด้วยกฎหมาย
- (๓) สำเนาใบสำคัญการสมรส

๕.๖ กรณีบริษัทประกันภัย เป็นผู้ยื่นใบคำร้องแทนผู้ป่วยให้นำเอกสารมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ดังนี้

- (๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย
- (๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของตัวแทนหรือเจ้าหน้าที่ของบริษัทประกันภัย
- (๓) สำเนาบัตรประจำตัวของตัวแทนหรือเจ้าหน้าที่ของบริษัทประกันภัย
- (๔) หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลและมอบอำนาจ

ข้อ ๖ ในกรณีหน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจตามกฎหมาย เป็นผู้ขอข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล ให้ใช้หนังสือของ หน่วยงานนั้นเป็นคำร้องแทน

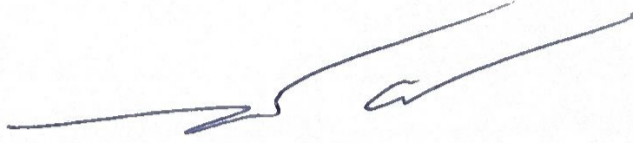
ข้อ ๗ ให้ผู้รับบริการ ผู้ป่วยหรือผู้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วย หรือบริษัทประกันภัย ชำระเงินค่าธรรมเนียมสำหรับการขอข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลหรือผลการตรวจยาและสารเสพติดในปัสสาวะหรือผล ตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด (Blood Alcohol) หรือผลตรวจเอชไอวี (HIV) หรือผลเอกซเรย์ (X-ray) หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ งบประมาณเงิน โรงพยาบาลจักราช ค่าบริการขอสำเนาประวัติการรักษา เพื่อการดำเนินการเบิกประกันชีวิต เคลมประกันฯ จำนวน ๕๐๐ บาท/ครั้ง

ในกรณีหน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจตามกฎหมาย เป็นผู้ขอข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล หรือขอประวัติเพื่อการรักษาต่อ ไม่มีค่าธรรมเนียม

ข้อ ๘ การขอข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล หรือผลการตรวจยาและสารเสพติดในปัสสาวะ หรือผลตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด (Blood Alcohol) หรือผลตรวจเอชไอวี (HIV) หรือผลเอกซเรย์ (X-ray) หรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีระยะเวลาดำเนินการ ๕-๗ วันทำการ

ข้อ ๙ ในกรณีมีปัญหาเกี่ยวกับการตีความหรือปฏิบัติตามประกาศนี้ ให้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล
จักราช มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดและถือว่าเป็นที่สิ้นสุด

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๙



(นายกัณฑ์รงค์ ระติเดช)

นายแพทย์ชำนาญการ(ด้านเวชกรรม) รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจักราช



ใบคำขอประวัติการรักษาพยาบาล

เขียนที่ โรงพยาบาลจักราช

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง การขอประวัติการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจักราช

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/ นาง / นางสาว).....อายุ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

มีความประสงค์ขอประวัติการรักษาของ () ตนเอง () ผู้ป่วยชื่อ

โดยข้าพเจ้าเกี่ยวข้องกับฐานะ บิดา/มารดา สามเณร/ภรรยา บุตร

ผู้รับมอบอำนาจ อื่นๆ ระบุ.....

HN..... ซึ่งได้เข้ารับบริการ/รักษาที่โรงพยาบาลจักราช

มีความประสงค์ขอประวัติการรักษา / ขอให้แพทย์สรุปข้อมูลการรักษา / สำเนาเวชระเบียน / คัดลอก

เวชระเบียนของผู้ป่วย ดังรายการต่อไปนี้

เวชระเบียนผู้ป่วยนอก เวชระเบียนผู้ป่วยใน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / เอกซเรย์

อื่นๆ ระบุ.....

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

เพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อที่..... ประกอบการเคลมประกันจากบริษัทประกันภัย

ประกอบกฎหมาย/ศาล/คดี อื่นๆ (โปรดระบุให้ชัดเจน).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากเกิดความเสียหาย

เนื่องจากการเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วยดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้น

ทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

()

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบคำขอและเอกสารประกอบคำขอแล้ว เห็นว่า

ถูกต้องครบถ้วน

เอกสารไม่ถูกต้อง/ครบถ้วน เนื่องจาก.....

.....

แจ้งผู้ขอดำเนินการแก้ไขโดยให้มายื่นเอกสารเพิ่มเติม

ภายในวันที่.....

มิฉะนั้นจะถือว่าผู้ยื่นคำขอไม่ประสงค์ให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการต่อ

การรับเอกสาร มารับด้วยตนเอง จัดส่งตามที่อยู่.....

.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

()

*ข้าพเจ้าได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่แล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ



หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลและมอบอำนาจ

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....อายุ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....
โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าตกลงยินยอมมอบอำนาจให้(นาย / นาง / นางสาว).....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....
เป็นผู้มีอำนาจขอคัดลอกหรือถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองประวัติการรักษาผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประวัติการ
รักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลเอกซเรย์
การตรวจเลือด ปัสสาวะ น้ำลาย หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่างๆ ของข้าพเจ้าตามทางการ
แพทย์ทั้งหมดจาก โรงพยาบาลจักรราช ที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาในการดำเนินการดังกล่าว
ข้าพเจ้ามีเจตนาต้องการและยินยอมให้โรงพยาบาลจักรราช เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของ
ข้าพเจ้าตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง

เพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อที่..... เพื่อประกอบการเคลมประกันจากบริษัทประกัน
 ประกอบกฎหมาย/ศาล/คดี อื่นๆ (โปรดระบุให้ชัดเจน).....
ทั้งนี้หากเกิดความเสียหายใดๆต่อข้าพเจ้าไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการว่ากล่าว
หรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จากแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลจักรราช
หรือกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล และมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง
การกระทำใดๆ ของผู้รับมอบอำนาจฉบับนี้ ให้มีผลผูกพันผู้มอบอำนาจตามกฎหมาย และให้ถือเสมือน
หนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาและ
ความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน
เงื่อนไขการยินยอม

- 1. การเปิดเผยข้อมูลจะเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ระบุข้างต้นเท่านั้น
- 2. หนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้ใช้ได้ภายในระยะเวลา เดือน นับจากวันที่ลงนาม
- 3. ข้าพเจ้าสามารถเพิกถอนความยินยอมนี้ได้ทุกเมื่อ โดยแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรต่อโรงพยาบาล
- 4. โรงพยาบาลมีสิทธิ์ปฏิเสธการให้ข้อมูล หากไม่เป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนด หรือเอกสารไม่ครบถ้วน

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม/ผู้มอบอำนาจ
()

ลงชื่อ.....พยาน
()

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
()

ลงชื่อ.....พยาน
()