**บันทึกข้อความขอสำเนาเวชระเบียน**

เขียนที่ ...............................................................

เรื่อง ขอสำเนาประวัติผู้ป่วย

เรียน ............................................

ข้าพเจ้า ................................................อายุ ......... ปี อาชีพ ..............................................

หมายเลขบัตรประจำตัว .........................................อยู่บ้านเลขที่.....................................................................

มีความประสงค์จะขอให้โรงพยาบาลสัตหีบ กม.๑๐ เปิดเผยประวัติผู้ป่วยชื่อ ..................................................ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น............................................................ของข้าพเจ้า

โดยมีวัตถุประสงค์................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอถ่ายสำเนาเอกสารดังกล่าวไปด้วย โดยยอมชำระค่าธรรมเนียมตามระเบียบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ........................................

(..........................................)

เรียน แพทย์ผู้รับผิดชอบ

เจ้าหน้าที่เวชระเบียนได้ตรวจสอบคำขอและเอกสารประกอบคำขอแล้ว เห็นว่า ถูกต้องตามกฎหมายแล้ว จึงเห็นควรอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลประวัติผู้ป่วย วันที่....................................................จำนวน ................ หน้า พร้อมทั้งอนุญาตให้ถ่ายสำเนาเอกสารดังกล่าว จำนวน ................ ชุด ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ ................................................

(...............................................)

อนุญาตตามเสนอ

นพ./พญ..................................................ผู้อนุญาต

ข้าพเจ้าได้รับเอกสาร จำนวน ........... แผ่น/หน้า แล้ว ในวันนี้ (วันที่ ....................................... ) และยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

(๑) ข้าพเจ้าจะใช้ข้อมูลประวัติผู้ป่วยดังกล่าวตามวัตถุประสงค์ที่แจ้งไว้ในคำขอ เท่านั้น

(๒) ข้าพเจ้าจะไม่นำข้อมูลประวัติผู้ป่วยนี้ไปเผยแพร่ จำหน่าย จ่าย แจก ทำสำเนา หรือ กระทำด้วยประการใดๆ ในลักษณะเช่นว่านั้น

(๓) ข้าพเจ้าจะไม่นำข้อมูลประวัติผู้ป่วยนี้ไปใช้ในทางที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่เจ้าของข้อมูลนี้ หรือ โรงพยาบาลสัตหีบ กม.๑๐/..................................... หากมีความเสียหายเกิดขึ้น ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ ...............................................ผู้รับข้อมูล

(..............................................)

.........../.............../.................

ลงชื่อ ...............................................พยาน ลงชื่อ ...............................................พยาน

( ...............................................) ( ...............................................)