

คำชี้แจงการขอประวัติการรักษา

1. ดาวน์โหลดแบบฟอร์มขอรับข้อมูล (แบบฟอร์มที่ 1) และแบบฟอร์มยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล (แบบฟอร์มที่ 2)
2. กรอกข้อมูลในเอกสารตามความเป็นจริง ให้ครบถ้วน ถูกต้อง ในแบบฟอร์มทั้ง 2 ฉบับ (กรุณาระบุเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อกลับได้ให้ชัดเจน)
3. แนบเอกสารหลักฐานประกอบคำขอรับข้อมูล ดังนี้
 - 3.1 สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาบัตรข้าราชการ/ใบขับขี่ของผู้ป่วย อย่างใดอย่างหนึ่งตามลำดับ**พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง**
 - 3.2 สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาบัตรข้าราชการ/ใบขับขี่ของผู้มาขอรับแทนหรือเจ้าของ Email อย่างใดหนึ่งตามลำดับ**พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง** (กรณีขอรับเอกสารแทนหรือดำเนินการแทนผู้ป่วยต้องเป็นญาติโดยสายเลือดเท่านั้น)
4. สแกนส่งไฟล์แบบฟอร์มทั้ง 2 ฉบับ พร้อมหลักฐานประกอบคำขอรับข้อมูล เป็นไฟล์ PDFมายัง Email : info.lbch61@gmail.com (งานข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี) หรือแอดไลน์ที่เบอร์โทร ๐๖๕-๙๔๐๒๐๐๑
5. เจ้าหน้าที่จะดำเนินการตามขั้นตอนภายใน 15 วันทำการ นับจากวันยื่นเอกสารขอรับข้อมูล
6. เมื่อเจ้าหน้าที่ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว เจ้าหน้าที่จะติดต่อกลับทางเบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไว้ว่าผู้ป่วย/ผู้ขอรับแทนจะให้เจ้าหน้าที่ส่งมอบข้อมูลสำเนาประวัติผู้ป่วยทางใด (รับด้วยตนเอง/ส่งไฟล์ทางอีเมล/ส่งทางไปรษณีย์)
7. เมื่อทางผู้ป่วย/ผู้ขอรับแทนได้รับเอกสารสำเนาประวัติเรียบร้อยแล้ว กรุณาตอบกลับที่งานข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖๕-๙๔๐๒๐๐๑ หรือ ๐-๓๖๔๒-๒๕๑๕ ต่อ ๗๔๕๐,๗๘๙๙ หรือตอบกลับทาง Email หรือส่งแบบฟอร์มตอบกลับ (กรณีส่งทางไปรษณีย์)

หมายเหตุ : 1. เวลาปฏิบัติงาน จันทร์-ศุกร์ เวลา 08.30 น. – 16.30 น.

2. เก็บค่าธรรมเนียมการถ่ายสำเนาประวัติการรักษา แผ่นละ 1 บาท

3. กรณีให้ส่งสำเนาประวัติการรักษาทางไปรษณีย์จะมีค่าส่งแล้วแต่ประเภทของการส่ง EMS/ ลงทะเบียน)

แบบฟอร์มขอรับข้อมูลในแฟ้มเวชระเบียน กรณีไปรักษาต่อ/กรณีอื่นๆ (แบบที่ 2)

ของผู้ป่วยโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอรับข้อมูลในแฟ้มเวชระเบียน กรณีไปรักษาต่อ / กรณีอื่นๆ(นอกเหนือจากขอไปรักษาต่อ)

เรียน เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการ(งานข้อมูลข่าวสารได้รับมอบหมาย)

กรณี ผู้ป่วยขอรับด้วยตนเอง ข้าพเจ้า

กรณี ผู้ขอรับแทน ข้าพเจ้า โดยเกี่ยวข้องกับ

กับผู้ป่วยเป็น (ระบุ)มีความประสงค์ขอสำเนาเอกสารในแฟ้มเวชระเบียน เพื่อ

ไปรักษาต่อสถานพยาบาล (ระบุ).....

อื่นๆ (ระบุ)

ของผู้ป่วยชื่อ.....บัตรประจำตัวผู้ป่วย (HN) เลขที่.....

เบอร์โทรศัพท์.....เข้ารับการรักษา/เข้านอนโรงพยาบาล โดยแพทย์ผู้ทำการรักษา ชื่อ

(ระบุ)ที่หน่วยงาน.....ในวันที่.....

โดยมีรายละเอียดที่ขอ (ระบุ) ดังนี้

1.สำเนาประวัติการรักษา ที่ร้องขอ(หากต้องการแจ้งแพทย์เพื่อระบุ) ตามเอกสารแบบแบบที่ 2 /แผ่นที่ 2

2.อื่น ๆ เช่น ใช้ประกอบขอโอน ขอย้าย ขอเกษียณอายุก่อนกำหนด ขอรับสิทธิของเจ้าของประวัติ เป็นต้น

(ระบุ).....

แบบหลักฐานเพิ่มเติมดังต่อไปนี้(กรณีขอรับเอง ข้อ1/กรณีขอรับแทนผู้ป่วย ข้อ 1-3/ตัวแทนประกันชีวิต ข้อ1-5และเพิ่มเติม ถ้ามี)

1.สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาบัตรข้าราชการของผู้ป่วย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2.สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาบัตรข้าราชการของผู้มาขอรับแทน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

3.แบบฟอร์มหนังสือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล ตามเอกสารแบบแบบที่ 2/แผ่นที่ 1

4.สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาบัตรพนักงานบริษัทประกันชีวิต พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

5.ใบมอบอำนาจให้ทำการแทนจากบริษัทประกันชีวิต (หากตัวแทนยื่นขอ)

6.อื่น ๆ (ระบุ)

(ลงชื่อ)ผู้ขอรับเอกสาร

(.....)

.....

(.....)

เจ้าหน้าที่ผู้ส่งมอบเอกสาร

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

ทราบ ดำเนินการและเก็บข้อมูลจัดทำรายงาน

(นายปพนวิช เรืองประทีป)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

งานข้อมูลข่าวสาร

ได้รับเอกสารตามที่ร้องขอแล้ว

.....

(.....)

ผู้ขอรับเอกสาร

แบบฟอร์มหนังสือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

กรณี ผู้ป่วยทำเป็นหนังสือ ข้าพเจ้ากรณี ผู้แทนทำเป็นหนังสือ ข้าพเจ้า โดยเกี่ยวข้องกับ

ผู้ป่วยเป็น (ระบุ).....ยินยอมให้ทางโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการ

เจ็บป่วยและหลักฐานอื่นๆ ในการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา ของ

บัตรประจำตัวผู้ป่วยเลขที่.....เบอร์โทรศัพท์..... เข้ารับการรักษา/เข้านอน

โรงพยาบาล โดยแพทย์ผู้ทำการรักษาชื่อ.....ที่หน่วยงาน.....

ในวันที่..... โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อขอรับเอกสารประกอบการขอรับเงินชดเชยจากบริษัทประกันชีวิต
2. เพื่อขอรับเอกสารสำเนาประวัติการรักษาในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย ในการรักษาต่อ
3. เพื่อขอรับเอกสารสำเนาประวัติการรักษาในแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย กรณีอื่นๆ นอกเหนือ กรณีในข้อ 1 และ 2 (เช่น ใช้ประกอบขอโอน ขอย้าย ขอเกษียณอายุก่อนกำหนด ขอรับสิทธิของเจ้าของประวัติ เป็นต้น) อื่น ๆ (ระบุ)

(ลงชื่อ)ผู้ให้ความยินยอม

.....

(ลงชื่อ)พยาน

.....

(ลงชื่อ)พยาน

.....

หมายเหตุ

กรณีผู้ให้ความยินยอมเขียนหนังสือ ไม่ได้ให้พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ

(นิ้วหัวแม่มือขวา กรณีจำเป็นต้องพิมพ์นิ้วมืออื่นให้ระบุด้วย)

เอกสารฉบับนี้เป็นลิขสิทธิ์ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี