



แบบคำร้องขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

Data Subject Right Request Form

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 ได้ให้สิทธิแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในการขอใช้สิทธิดำเนินการต่อข้อมูลส่วนบุคคลของตนซึ่งอยู่ในความดูแลของศูนย์การแพทย์มหิตลบำรุงรักษา จังหวัดนครสวรรค์ ในฐานะผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้ ท่านสามารถใช้สิทธิดังกล่าวได้โดยการกรอกรายละเอียดในแบบคำร้องนี้ และยื่นคำขอนี้ด้วยตนเองแก่ศูนย์การแพทย์มหิตลบำรุงรักษา จังหวัดนครสวรรค์ ที่งานเวชระเบียน ทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00 – 15.00 น. เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เบอร์ 056-009-609 ต่อ 0 ประชาสัมพันธ์ ต่อ งานเวชระเบียน

ส่วนที่ 1 (ข้อมูลผู้ยื่นคำร้อง)

ข้าพเจ้า ชื่อ นามสกุล..... อายุ.....ปี

เลขบัตรประชาชนผู้เขียน ---- โทรศัพท์.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....หมู่บ้าน/อาคาร..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

E-mail (โปรดระบุเพื่อใช้ติดตามผลในการพิจารณาคำร้องของท่าน)

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะ ตัวผู้ป่วยเอง ญาติสายตรง (บิดา มารดา บุตรโดยชอบตามกฎหมาย) คู่สมรสตามกฎหมาย

ผู้รับมอบอำนาจ ตัวแทน/บริษัทประกัน (ระบุ)

ผู้ปกครองที่ศาลตั้ง ผู้อนุญาต หรือผู้พิทักษ์ ทายาท ในกรณีเจ้าของข้อมูลเสียชีวิต

(ข้อมูลผู้ป่วย)

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย เลขที่ HN

เลขที่ AN

โปรดระบุสิทธิที่ท่านประสงค์จะดำเนินการ

การเพิกถอนความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ให้ความยินยอมไว้

การเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลและขอรับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคล

สำเนาเอกสารประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่

สำเนาผลตรวจทางรังสี ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่

อื่นๆ (ระบุ)

การขอแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลให้ถูกต้อง

การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล

การขอให้ระงับการใช้ข้อมูลส่วนบุคคล

การขอให้โอนย้ายข้อมูลส่วนบุคคล

การขอคัดค้านการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

โปรตระกูลประสงค์และเหตุผลประกอบคำร้องของท่าน

- การรักษาพยาบาลต่อที่ (ระบุ).....
- ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย (ระบุ).....
- ประกอบการทำประกันชีวิตบริษัท (ระบุ).....
- อื่นๆ (ระบุ).....

เอกสารประกอบการขอใช้สิทธิ

ผู้ยื่นคำร้อง	เอกสารประกอบคำร้อง
1. ผู้ป่วยมายื่นคำร้องด้วยตนเอง	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยไม่ได้มายื่นคำร้องด้วยตนเอง 2.1 ญาติสายตรงมายื่นขอประวัติ (บิดา มารดา และบุตร ที่ชอบด้วยกฎหมาย) 2.2 คู่สมรส ตามกฎหมาย 2.3 ไม่ใช่ญาติสายตรงของผู้ป่วย	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย/สูติบัตรของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้มายื่นคำร้อง <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ และยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา 1 ฉบับ พร้อมมีการลงวันที่ในหนังสือมอบอำนาจก่อนวันและเวลาเข้ามายื่นคำร้องที่ศูนย์การแพทย์มหิดลฯ <input type="checkbox"/> คำสั่งศาล แสดงเฉพาะกรณีผู้ปกครองที่ศาลตั้ง ผู้อนุบาล หรือผู้พิทักษ์
3. บริษัทประกัน/ตัวแทนประกันชีวิต เป็นผู้ยื่นคำร้อง	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้มายื่นคำร้อง <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตการเป็นตัวแทนประกันชีวิต <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ และยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา 1 ฉบับ
4. ผู้ป่วยเสียชีวิต ทายาทเป็นผู้มายื่นคำร้อง ทายาท หมายถึง 1.คู่สมรสตามกฎหมาย 2.บุตรหรือผู้สืบสันดานตามความเป็นจริง 3.บุตรบุญธรรมตามกฎหมาย 4.บิดาหรือมารดาตามความเป็นจริง	<input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณะบัตร <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้มายื่นคำร้อง <input type="checkbox"/> หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ฉบับ <input type="checkbox"/> เอกสารแสดงความสัมพันธ์ เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาทะเบียนสมรส สูติบัตร คำสั่งศาล เป็นต้น
หมายเหตุ 1.เอกสารที่เป็นสำเนาจะต้องมีการลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ 2.กรณีผู้ป่วยไม่สามารถเขียนได้ ให้ใช้ลายนิ้วมือ โดยระบุนิ้ว และข้าง มาให้ชัดเจน 3.กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล กรุณาแนบใบเปลี่ยนชื่อ-สกุลด้วย	

การรับเอกสาร (ระยะเวลาดำเนินการ 2-5 วันทำการ นับตั้งแต่วันที่รับคำร้อง ไม่รวมวันหยุดเสาร์ – อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์)

- มารับด้วยตนเอง
ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ บาท ชำระโดย เงินสด
 เช็คธนาคาร.....
เลขที่เช็ค.....
- วิธีอื่นๆ.....

ศูนย์การแพทย์มหิตลบำรุงรักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ สงวนสิทธิในการติดต่อท่านตามข้อมูลการติดต่อที่ท่านได้ให้ไว้ในคำร้องนี้ เพื่อขอข้อมูลหรือเอกสารหลักฐานเกี่ยวกับคำขอเพิ่มเติม รวมถึงสงวนสิทธิในการดำเนินคดีตามกฎหมายหากพบว่าข้อมูลที่ท่านระบุในแบบคำร้องขอนี้ไม่เป็นไปตามความจริงโดยเจตนาทุจริต

การใช้สิทธิของท่านอาจมีเงื่อนไขที่กำหนดไว้ตามกฎหมายหรือกฎ ระเบียบอื่น ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการพิจารณาคำขอเป็นรายกรณีไป ศูนย์การแพทย์มหิตลา ขอความร่วมมือให้ท่านโปรดให้ข้อมูลประกอบคำร้องขอของท่านอย่างครบถ้วน เพื่อให้ศูนย์การแพทย์มหิตลา สามารถดำเนินการตามสิทธิของท่านได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งศูนย์การแพทย์มหิตลา ขอสงวนสิทธิในการปฏิเสธคำขอท่านในกรณีที่ศูนย์การแพทย์มหิตลา มีความจำเป็นต้องดำเนินการตามเงื่อนไขกฎหมายหรือคำสั่งศาล หรือเป็นกรณีการใช้สิทธิของท่านอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น หรือในกรณีที่ท่านยังมีสัญญาเกี่ยวกับศูนย์การแพทย์มหิตลา ที่ให้ประโยชน์แก่ท่านอยู่ ซึ่งการใช้สิทธิของท่านอาจเป็นผลให้ศูนย์การแพทย์มหิตลา ไม่สามารถให้บริการตามสัญญาแก่ท่านได้ โดยศูนย์การแพทย์มหิตลา จะดำเนินการแจ้งให้ท่านทราบถึงผลกระทบของการใช้สิทธิต่อไป

ศูนย์การแพทย์มหิตลา จะดำเนินการตามคำร้องขอของท่านภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับคำร้องขอพร้อมเหตุผลและข้อมูลประกอบคำร้องขอต่างๆ รวมถึงเอกสารหลักฐานประกอบจากท่านครบถ้วน ทั้งนี้ ขอสงวนสิทธิในการขยายเวลาดังกล่าวออกไป หากศูนย์การแพทย์มหิตลา ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการประกอบการดำเนินการ

ในกรณีที่ศูนย์การแพทย์มหิตลา มีความจำเป็นต้องปฏิเสธคำร้องขอใช้สิทธิของท่าน ศูนย์การแพทย์มหิตลา จะแจ้งเหตุผลการปฏิเสธแก่ท่านทราบทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail)

ศูนย์การแพทย์มหิตลบำรุงรักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งท่านได้ให้ไว้ในคำร้องขอนี้ เพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบยืนยันสิทธิของท่าน ทั้งในฐานะเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและผู้รับมอบอำนาจ และดำเนินการตามคำขอใช้สิทธิของท่าน โดยอาจมีความจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวแก่บุคคล หรือนิติบุคคลอื่นที่มีความเกี่ยวข้องในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ทั้งนี้ การเปิดเผยดังกล่าวจะเป็นไปเพื่อความจำเป็นในการดำเนินการตามคำร้องขอใช้สิทธิของท่านเท่านั้น และข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บรักษาไว้จนกว่าศูนย์การแพทย์มหิตลา จะปฏิบัติตามคำร้องขอใช้สิทธิของท่านเสร็จสิ้น หรือจนกว่ากระบวนการโต้แย้งหรือปฏิเสธคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลจะสิ้นสุด ในกรณีที่ศูนย์การแพทย์มหิตลา ไม่อาจปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านได้โดยมีเหตุผลอันสมควรตามที่กฎหมายหรือคำสั่งศาลกำหนด

ข้าพเจ้าผู้ยื่นคำร้องได้อ่านและเข้าใจเนื้อหาของแบบคำร้องขอฉบับนี้แล้ว และยืนยันว่าข้อมูลที่ให้กับศูนย์การแพทย์มหิตลา มีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ทุกประการ รวมทั้งขอยืนยันและรับประกันว่าผู้ยื่นคำร้องมีสิทธิอย่างถูกต้องตามกฎหมาย จึงได้ลงลายมือชื่อตามที่ระบุข้างล่างนี้

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

วันที่...../...../.....

เวลา..... น.

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ เท่านั้น

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์มหิดลฯ / แพทย์ผู้รักษา

ผู้เขียนคำร้องมีความประสงค์ใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อวัตถุประสงค์และเหตุผลตามที่ระบุในคำร้อง

ลงชื่อ.....จนท.งานเวชระเบียนผู้ดำเนินการจัดเตรียมเอกสาร
(.....)
ตำแหน่ง.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ไม่อนุมัติ อนุมัติ

หมายเหตุ.....

ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์มหิดลฯ / แพทย์ผู้รักษา
(.....)
ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 3 สำหรับผู้รับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคล

ได้รับเอกสารครบถ้วนถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้รับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคล
(.....)

วันที่...../...../.....

เวลา..... น.