



# หนังสือมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลประวัติการรักษา

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

## (ข้อมูลผู้มอบอำนาจ)

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขบัตรประชาชน --- เบอร์โทรศัพท์.....

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

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

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะ  ตัวผู้ป่วยเอง  บิดา  มารดา  บุตร  คู่สมรสตามกฎหมาย  ผู้อนุบาล  ผู้พิทักษ์  
 ผู้ปกครอง ในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม

## (ข้อมูลผู้รับมอบอำนาจ)

ขอมอบอำนาจให้ ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขบัตรประชาชน --- เบอร์โทรศัพท์.....

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

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

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ ขอเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ผลตรวจทางรังสี ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบสั่งยาหรือการรักษา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า หรือบุคคลที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าทั้งหมด แทนข้าพเจ้าจนเสร็จสิ้นกระบวนการ ข้าพเจ้าจะรับผิดชอบต่อการกระทำใดๆ ที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้ทางศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้กระทำการตรวจ รักษา และเก็บรวบรวมข้อมูลข้าพเจ้า หรือบุคคลที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ผลตรวจทางรังสี ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบสั่งยาหรือการรักษา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ต่อผู้รับมอบอำนาจ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทประกันภัย

เพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวข้าราชการ และ หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า พร้อมรับรองสำเนาจำนวน 1 ชุด หนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ..... ผู้ป่วย / ผู้มีอำนาจกระทำการแทน      ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้เยาว์อายุ 15 ปีขึ้นไป ( เฉพาะกรณีที่เจ้าของข้อมูลยังไม่บรรลุนิติภาวะ และมีอายุ 15 ปีขึ้นไป )  
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน      ลงชื่อ..... พยาน  
(.....)

### หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยได้แก่

1. ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นเด็ก ทารก หรือผู้เยาว์ (ผู้เยาว์ บรรลุนิติภาวะเมื่อมีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ ยกเว้นกรณีสมรส) การเปิดเผยข้อมูลสุขภาพของ ผู้เยาว์อายุ 15 ปีขึ้นไป ต้องได้รับความยินยอมจากผู้เยาว์นั้นก่อน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการคุ้มครองและจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล พ.ศ. 2561 ข้อ14(4)
2. สามเณรหรือภรรยาตามกฎหมาย และฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สีกตัว)
3. ผู้อนุบาล กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ
4. ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ