



หนังสือมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลประวัติการรักษา

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

(ข้อมูลผู้ป่วย / ผู้มอบอำนาจ)

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

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้ทางศูนย์การแพทย์มหิตลบำรุงรักษา จังหวัดนครสวรรค์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้กระทำการตรวจ รักษา และเก็บรวบรวมข้อมูลข้าพเจ้า หรือบุคคลที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ผลตรวจทางรังสี ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบสั่งยาหรือการรักษา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ต่อผู้รับมอบอำนาจ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทประกันชีวิต ประกันภัย

เพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวข้าราชการ และ หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า พร้อมรับรองสำเนาจำนวน 1 ชุด

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

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

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

ลงชื่อ..... พยานฝ่ายผู้ป่วย / ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ..... พยานฝ่ายผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

เกี่ยวข้องกับในฐานะ.....ของผู้ป่วย / ผู้มอบอำนาจ

- คำอธิบาย :
1. กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือ ให้ระบุชื่อนิ้ว และข้างที่พิมพ์ ให้ชัดเจน เช่น นิ้วหัวแม่มือ ซ้ายซ้าย
 2. หากมีการขีดฆ่า หรือเติมแต่ง ข้อความ ต้องให้ผู้มอบอำนาจลงลายมือชื่อกำกับไว้ด้วย
 3. ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยได้แก่

- 3.1 ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นเด็ก ทารก หรือผู้เยาว์ (ผู้เยาว์ บรรลุนิติภาวะเมื่อมีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ ยกเว้นกรณีสมรส) การเปิดเผยข้อมูลสุขภาพของ ผู้เยาว์อายุ 15 ปีขึ้นไป ต้องได้รับความยินยอมจากผู้เยาว์นั้นก่อน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการคุ้มครองและ จัดการข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล พ.ศ. 2561 ข้อ14(4)
- 3.2 สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย และฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สีกตัว)
- 3.3 ผู้อนุบาล กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ
- 3.4 ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ