



แบบคำร้องขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล DATA SUBJECT RIGHT REQUEST FORM

พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 ได้ให้สิทธิแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในการขอใช้สิทธิดำเนินการต่อข้อมูลส่วนบุคคลของตนซึ่งอยู่ในความดูแลของศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ในฐานะผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล

ทั้งนี้ ท่านสามารถใช้สิทธิดังกล่าวได้โดยการกรอกรายละเอียดในแบบคำร้องนี้ และยื่นคำขอนี้ด้วยตนเองแก่ศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ที่งานเวชระเบียน ทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 8.00 – 15.00 น. เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ เบอร์ 056-009-609 ต่อ 0 ประชาสัมพันธ์ ต่อ งานเวชระเบียน

ส่วนที่ 1 (ข้อมูลผู้ยื่นคำร้อง)

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

เลขบัตรประชาชนผู้เขียน ----

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 ผู้อนุบาล หรือผู้พิทักษ์ ทายาท ในกรณีเจ้าของข้อมูลเสียชีวิต

เบอร์โทรศัพท์ ที่ติดต่อได้

กรอบส่วนนี้ เฉพาะเจ้าหน้าที่ บันทึกติดตามการโทรแจ้งรับเอกสาร / CD

โทรแจ้งครั้งที่ 1 วันที่...../...../.....

โทรแจ้งครั้งที่ 2 วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 2 (ข้อมูลผู้ป่วย)

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย เลขที่ HN

เลขที่ AN

โปรดระบุสิทธิที่ท่านประสงค์จะดำเนินการ

1. การเพิกถอนความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ให้ความยินยอมไว้
2. การเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลและขอรับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคล
 - สำเนาเอกสารประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
 - สำเนารักษา ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่
 - สำเนารักษา ทั้งหมด
 - สำเนารักษา เฉพาะแพทย์ (ระบุชื่อแพทย์)
 - สำเนาผลตรวจทางรังสี (เอกสาร / CD)
 - อื่นๆ (ระบุ)
3. การขอแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลให้ถูกต้อง
4. การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล
5. การขอให้โอนย้ายข้อมูลส่วนบุคคล
6. การขอให้ระงับการใช้ข้อมูลส่วนบุคคล
7. การขอคัดค้านการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

โปรดระบุวัตถุประสงค์และเหตุผลประกอบคำร้องขอของท่าน

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

ระยะเวลาดำเนินการ 2-5 วันทำการ

นับตั้งแต่วันที่เจ้าหน้าที่ได้รับใบคำร้อง ไม่รวมวันหยุดเสาร์ – อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์

เอกสารประกอบการขอใช้สิทธิ

ผู้ยื่นคำร้อง	เอกสารประกอบคำร้อง
1. ผู้ป่วยมายื่นคำร้องด้วยตนเอง	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยไม่ได้มายื่นคำร้องด้วยตนเอง 2.1 ญาติสายตรงมายื่นขอประวัติแทน (บิดา มารดา และบุตร ที่ชอบด้วยกฎหมาย)	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย หรือ สูติบัตรของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้มายื่นคำร้อง <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ และยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา 1 ฉบับ หรือ เอกสารแสดงความสัมพันธ์ เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน / สำเนาทะเบียนสมรส / สำเนาสูติบัตร
2.2 คู่สมรส ตามกฎหมาย	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้มายื่นคำร้อง <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ และยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา 1 ฉบับ หรือ เอกสารแสดงความสัมพันธ์ เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน/สำเนาทะเบียนสมรส
2.3 ไม่ใช่ญาติสายตรงของผู้ป่วย - ได้รับคำสั่งศาลแต่งตั้งเป็นผู้อุปการะ - ได้รับคำสั่งศาลแต่งตั้งเป็นผู้พิทักษ์	<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย/สูติบัตรของผู้ป่วย <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้มายื่นคำร้อง <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจ และยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา 1 ฉบับ พร้อมมีการลงวันที่ในหนังสือมอบอำนาจก่อนวันและเวลาเข้ามายื่นคำร้องที่ศูนย์การแพทย์มหิตลา <input type="checkbox"/> คำสั่งศาล แสดงเฉพาะกรณีผู้ปกครองที่ศาลตั้ง ผู้อุปการะ 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"/> เอกสารแสดงความสัมพันธ์ เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน / สำเนาทะเบียนสมรส / สำเนาสูติบัตร / คำสั่งศาล เป็นต้น
หมายเหตุ : 1. เอกสารที่เป็นสำเนาจะต้องมีการลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ 2. กรณีผู้ป่วยไม่สามารถเขียนได้ ให้ใช้ลายนิ้วมือ โดยระบุนิ้ว และข้าง มาให้ชัดเจน 3. กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุล กรุณาแนบใบเปลี่ยนชื่อ-สกุลด้วย	

การรับเอกสาร

- เจ้าของข้อมูลมารับด้วยตนเอง (ไม่ต้องใช้หนังสือมอบอำนาจ)
- เจ้าของข้อมูลไม่ได้มารับด้วยตนเอง (ใช้หนังสือมอบอำนาจ แนบประกอบการพิจารณา)
- ติดต่อตามที่อยู่ บริษัทประกัน

ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ บาท ชำระโดย เงินสด
 เช็คธนาคาร.....
 เลขที่เช็ค.....
 วิธีอื่นๆ (ระบุ).....

ศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ สงวนสิทธิ์ในการติดต่อท่านตามข้อมูลการติดต่อที่ท่านได้ให้ไว้ในคำร้องนี้ เพื่อขอข้อมูลหรือเอกสารหลักฐานเกี่ยวกับคำขอเพิ่มเติม รวมถึงสงวนสิทธิ์ในการดำเนินคดีตามกฎหมายหากพบว่าข้อมูลที่ท่านระบุในแบบคำร้องขอไม่เป็นไปตามความจริงโดยเจตนาทุจริต

การใช้สิทธิของท่านอาจมีเงื่อนไขที่กำหนดไว้ตามกฎหมายหรือกฎระเบียบอื่น ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการพิจารณาคำขอเป็นรายกรณีไป ศูนย์การแพทย์มหิดลฯ ขอความร่วมมือให้ท่านโปรดให้ข้อมูลประกอบคำร้องขอของท่านอย่างครบถ้วน เพื่อให้ศูนย์การแพทย์มหิดลฯ สามารถดำเนินการตามสิทธิของท่านได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งศูนย์การแพทย์มหิดลฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธคำขอท่านในกรณีที่ศูนย์การแพทย์มหิดลฯ มีความจำเป็นต้องดำเนินการตามเงื่อนไขกฎหมายหรือคำสั่งศาล หรือเป็นกรณีการใช้สิทธิของท่านอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น หรือในกรณีที่ท่านยังมีสัญญาเกี่ยวกับศูนย์การแพทย์มหิดลฯ ที่ให้ประโยชน์แก่ท่านอยู่ ซึ่งการใช้สิทธิของท่านอาจเป็นผลให้ศูนย์การแพทย์มหิดลฯ ไม่สามารถให้บริการตามสัญญาแก่ท่านได้ โดยศูนย์การแพทย์มหิดลฯ จะดำเนินการแจ้งให้ท่านทราบถึงผลกระทบของการใช้สิทธิต่อไป

ศูนย์การแพทย์มหิดลฯ จะดำเนินการตามคำร้องขอของท่านภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับคำร้องขอพร้อมเหตุผลและข้อมูลประกอบคำร้องขอต่างๆ รวมถึงเอกสารหลักฐานประกอบจากท่านครบถ้วน ทั้งนี้ ขอสงวนสิทธิ์ในการขยายเวลาดังกล่าวออกไป หากศูนย์การแพทย์มหิดลฯ ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอในการประกอบการดำเนินการ

ในกรณีที่ศูนย์การแพทย์มหิดลฯ มีความจำเป็นต้องปฏิเสธคำร้องขอใช้สิทธิของท่าน ศูนย์การแพทย์มหิดลฯ จะแจ้งเหตุผลการปฏิเสธแก่ท่านทราบทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail)

ศูนย์การแพทย์มหิดลบำรุงรักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งท่านได้ให้ไว้ในคำร้องขอนี้ เพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบยืนยันสิทธิของท่าน ทั้งในฐานะเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและผู้รับมอบอำนาจ และดำเนินการตามคำขอใช้สิทธิของท่าน โดยอาจมีความจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวแก่บุคคล หรือนิติบุคคลอื่นที่มีความเกี่ยวข้องในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ทั้งนี้ การเปิดเผยดังกล่าวจะเป็นไปเพื่อความจำเป็นในการดำเนินการตามคำร้องขอใช้สิทธิของท่านเท่านั้น และข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บรักษาไว้จนกว่าศูนย์การแพทย์มหิดลฯ จะปฏิบัติตามคำร้องขอใช้สิทธิของท่านเสร็จสิ้น หรือจนกว่ากระบวนการโต้แย้งหรือปฏิเสธคำขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลจะสิ้นสุด ในกรณีที่ศูนย์การแพทย์มหิดลฯ ไม่อาจปฏิบัติตามคำร้องขอของท่านได้โดยมีเหตุผลอันสมควรตามที่กฎหมายหรือคำสั่งศาลกำหนด

ข้าพเจ้าผู้ยื่นคำร้องได้อ่านและเข้าใจเนื้อหาของแบบคำร้องขอฉบับนี้แล้ว และยืนยันว่าข้อมูลที่ให้กับศูนย์การแพทย์มหิดลฯ มีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ทุกประการ รวมทั้งขอยืนยันและรับประกันว่าผู้ยื่นคำร้องมีสิทธิอย่างถูกต้องตามกฎหมาย จึงได้ลงลายมือชื่อตามที่ระบุข้างล่างนี้

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
 (.....)

วันที่...../...../..... เวลา..... น.

ลงชื่อ.....จนท.เวชระเบียน
 (.....)

ตำแหน่ง

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ / แพทย์ผู้รักษา / รังสีแพทย์
 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
 (.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ / แพทย์ผู้รักษา / รังสีแพทย์

ส่วนที่ 3 สำหรับผู้รับสำเนาข้อมูล กรุณาตรวจสอบเอกสาร หากท่านได้รับเอกสารครบถ้วน ถูกต้อง โปรดลงชื่อด้านล่าง

ลงชื่อ.....ผู้รับสำเนาข้อมูล
 (.....)

วันที่...../...../..... เวลา..... น.