



หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติและมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
มีความประสงค์ยินยอมให้แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลลำปางสามารถเปิดเผยประวัติข้อมูลการ
รักษาพยาบาล ผลทางห้องปฏิบัติการและการรักษาทั้งหมด ทั้งรูปแบบลายลักษณ์อักษรหรือเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ของ
 ตนเอง ผู้ป่วย ชื่อ-สกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....ซึ่งเกี่ยวข้องกับ
ข้าพเจ้าเป็น ระบุ.....(ผู้สืบสันดาน , บิดามารดา , สามีหรือภรรยา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย)

โดยมอบอำนาจให้(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน
.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล
.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....เป็นผู้รับมอบอำนาจ ในการ
เปิดเผยข้อมูลประวัติการรักษาของข้าพเจ้าแทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจ
ได้ทำไปตามหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ
หรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

หากเกิดความเสียหายใดๆ เนื่องจากการเปิดเผยประวัติการรักษาดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบใช้
ความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ยินยอมเปิดเผยประวัติ
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) ตัวบรรจง

ลายนิ้วมือ นิ้วหัวแม่มือ

ชาย	ขวา
-----	-----

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน
(.....) ตัวบรรจง

*** กรณี ผู้ป่วยไม่สามารถลงลายมือชื่อได้***

หมายเหตุ เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โรงพยาบาลขอสงวนสิทธิการให้สำเนาประวัติการรักษาผู้ป่วยหากไม่ได้รับความ
ยินยอมจากเจ้าของประวัติ