



หนังสือแสดงความยินยอมและมอบอำนาจ

ให้เปิดเผยข้อมูลและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

เรื่อง ขอมอบอำนาจและยินยอมเปิดเผยประวัติในการขอประวัติการรักษา

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า อายุ ปี ที่อยู่ปัจจุบัน
บ้านเลขที่ หมู่ แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ซึ่งเป็นผู้ป่วยของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ
ตามบัตรประจำตัวผู้ป่วยเลขที่ HN ขอทำหนังสือฉบับนี้ไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมมอบอำนาจให้ อายุ ปี
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

เป็นผู้มีอำนาจในการจัดการเรื่อง แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ
และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อ
เป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง
สามารถเปิดเผยประวัติข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมดของข้าพเจ้าได้ หากเกิดความเสียหายใดๆเนื่องจากการเปิดเผย
ประวัติการรักษาดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทุกประการ

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ/ยินยอมเปิดเผยประวัติ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ พยาน

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ พยาน

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ : กรุณาเขียนข้อความให้ชัดเจนและระบุข้อความให้ครบถ้วน หนังสือมอบอำนาจเป็นเอกสารสิทธิ ตามประมวลกฎหมายอาญา
ลักษณะ 7 ความผิดเกี่ยวกับการปลอมและการแปลง หมวด 3 ความผิดเกี่ยวกับเอกสาร มาตรา264 ผู้ใดทำเอกสารปลอมขึ้นทั้งฉบับหรือแต่ส่วน
หนึ่งส่วนใด เต็มหรือตัดทอนข้อความ หรือแก้ไขด้วยประการใดๆในเอกสารที่แท้จริง หรือประทับตราปลอมหรือลงลายมือชื่อปลอมในเอกสาร
โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ถ้าได้กระทำเพื่อให้ผู้หนึ่งผู้ใดหลงเชื่อว่าเป็นเอกสารที่แท้จริง ผู้นั้นกระทำ
ความผิดฐานปลอมเอกสาร ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯขอสงวนสิทธิการให้สำเนาประวัติการรักษาผู้ป่วยหากไม่ได้รับความยินยอมจากเจ้าของประวัติ