



# ใบคำร้อง

เขียนที่ โรงพยาบาลนครปฐม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ..... เลขประจำตัวประชาชน ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

ซึ่งเป็น [ ] ผู้ป่วย [ ]ญาติ เกี่ยวข้องเป็น ..... [ ] ตัวแทนบริษัทประกันชีวิต..... [ ] ผู้รับมอบอำนาจ

ของผู้ป่วยชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน ..... เลขที่ HN .....

เลขที่ AN ..... ซึ่งได้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....

### ● โดยมีหลักฐานประกอบ ดังนี้

- [ ] สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย [ ] สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นคำร้อง [ ] สำเนาบัตรประชาชนผู้อำนาจ [ ] สำเนาสูติบัตร
- [ ] สำเนาทะเบียนบ้านผู้ป่วย/ผู้มอบอำนาจ [ ] สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล [ ] สำเนาทะเบียนสมรส [ ] สำเนาใบมรณบัตร
- [ ] สำเนาหนังสือรับรองการตาย [ ] สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ (กรณีเสียชีวิต) [ ] บัตรตัวแทนบริษัท [ ] หนังสือมอบอำนาจ
- [ ] หนังสือยินยอม [ ] หนังสือบันทึกจากโรงพยาบาลอื่น [ ] อื่น ๆ.....

### ● มีความประสงค์ขอรับ

- [ ] สำเนาประวัติการรักษา โรค.....
- [ ] ผู้ป่วยนอก [ ] ผู้ป่วยใน [ ] ทั้งผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน
- [ ] แบบสรุปการรักษาของบริษัทประกันชีวิต (ใบเคลม)
- [ ] ใบรับรองแพทย์โรงพยาบาล
- [ ] สำเนาสรุปคำรักษาพยาบาล
- [ ] อื่น ๆ .....

### เพื่อนำไป

- [ ] ยื่นบริษัทประกันชีวิตของบริษัท.....
- [ ] ดำเนินการต่อในกรณี
- [ ] รักษาต่อ ที่โรงพยาบาล.....
- [ ] ประกอบการเบิก.....
- [ ] อื่น ๆ .....
- [ ] ยื่นต่อศาล.....

● ค่าธรรมเนียม จำนวน .....บาท ใบเสร็จเล่มที่..... เลขที่..... ลงวันที่ .....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

- (1) ข้าพเจ้าจะใช้ข้อมูลประวัติผู้ป่วย ดังกล่าว ตามวัตถุประสงค์ที่แจ้งไว้ตามคำขอเท่านั้น
- (2) ข้าพเจ้าจะไม่นำข้อมูลประวัติผู้ป่วยนี้ไปเผยแพร่ จำหน่าย จ่าย แจก ทำสำเนา หรือ กระทำด้วยประการใดๆ ในลักษณะ เช่น ว่าเป็น
- (3) ข้าพเจ้าจะไม่นำข้อมูลประวัติผู้ป่วยนี้ ไปใช้ในทางที่จะก่อให้เกิดความเสียหายแก่เจ้าของข้อมูลนี้ หรือโรงพยาบาลนครปฐม หากมีความเสียหายเกิดขึ้น ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำร้อง  
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับคำร้อง  
(.....)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

คำสั่ง

(ผ่านรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร)

[ ] อนุญาต

- การตรวจสอบประวัติการรักษา

- ตรวจสอบเอกสารเบื้องต้นแล้ว

[ ] ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

ของ.....เรียบร้อยแล้ว

เพื่อโปรดพิจารณาและอนุญาต

[ ] อนุญาต [ ] ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....  
(.....)

ลงชื่อ.....  
(.....)

.....  
(.....)

แพทย์ผู้รักษา/ผู้เกี่ยวข้อง

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....

[ ] มารับด้วยตนเอง

[ ] ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบว่าครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเอกสาร  
(.....)

วันที่ .....(วันที่รับเอกสาร)

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....

[ ] ยินยอมให้นำส่งทางไปรษณีย์

ชื่อผู้รับ.....

ที่อยู่.....  
.....

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

