

# หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

1. ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว .....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน .....

ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ .....

อื่นๆ เช่น หนังสือเดินทางเลขที่.....

วันออกบัตร .....วันบัตรหมดอายุ .....

ออกให้โดย.....

ในฐานะ  ผู้ป่วย

ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง/อื่นๆ.....

2. ข้าพเจ้า ได้รับการอธิบายจากสถานพยาบาลที่อยู่ภายใต้โครงการพัฒนาระบบระเบียบสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record : PHRs) (โรงพยาบาล.....) ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการให้คำยินยอมเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล โดยสามารถนำข้อมูลระดับบุคคลไปใช้ประโยชน์ในการบริการดูแลสุขภาพ อาทิการจัดเก็บข้อมูลการตรวจรักษา/การผ่าตัด/การฉายา/ตรวจรักษาทางรังสีและ กระทำหัตถการ ทั้งนี้รวมถึงความเสี่ยงผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าแล้ว

3. ข้าพเจ้า  ยินยอมให้สถานพยาบาลเปิดเผยข้อมูล/สำเนาข้อมูล เพื่อการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้าน สาธารณสุข (บุคลากรที่ได้รับอนุญาตในการรักษาพยาบาล) และ สถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาได้

ไม่ยินยอม\* ให้สถานพยาบาลเปิดเผยข้อมูล/สำเนาข้อมูล เพื่อการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข (บุคลากรที่ได้รับอนุญาตในการรักษาพยาบาล) และ สถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาได้

4. หากสถานพยาบาลนำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการอื่นใดอันไม่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล ต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเว้นแต่การเปิดเผยตามที่กฎหมายบัญญัติหรือมีคำสั่งศาลให้เปิดเผย

5. ข้าพเจ้า สามารถยกเลิกความยินยอมได้แต่ไม่มีผลลบถึงความยินยอมและผลแห่งความยินยอม ซึ่งได้กระทำไปแล้วก่อนหน้านี้ โดยการยกเลิกความยินยอมต้องมีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยได้แก่

1. ผู้ป่วยกรณีบรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
2. สามีนหรือภรรยาตามกฎหมาย และฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สึกรู้ตัว)
3. ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ
4. ผู้อนุญาต กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ
5. ผู้พิทักษ์กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ

ไม่ยินยอม\* ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาล แต่ในกรณีที่ต้องใช้ข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล (ส่งต่อ) เพื่อการรักษา หรือกรณีฉุกเฉินหรือ กรณีพิเศษ สถานพยาบาลต้องให้ผู้ป่วย/ผู้ให้คำยินยอมอนุญาตก่อน มีการส่งข้อมูลตามระบบปกติ

\*พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย

\*\*กรณีผู้มอบอำนาจต้องมีสำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วยและผู้รับมอบอำนาจ แนบพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

\*\*\*การรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสาร ขอให้ลงลายมือด้วยปากกาสีน้ำเงินเท่านั้น

