



## หนังสือยินยอมมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า.....อายุ ..... ปี

เลขที่บัตรประชาชน ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....

ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... มือถือ.....

ขอมอบอำนาจให้.....อายุ ..... ปี

เลขที่บัตรประชาชน ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่.....

ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... มือถือ.....

เป็นผู้มีอำนาจจัดการ ขอเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า หรือบุคคลที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าทั้งหมด แทนข้าพเจ้าจนเสร็จสิ้นกระบวนการ ข้าพเจ้าจะรับผิดชอบต่อการกระทำใดๆ ที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตัวเอง

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล/ แพทย์/ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือตรวจ และรักษามูลบุคคลที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บประวัติทางการแพทย์การปรึกษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ต่อผู้รับมอบอำนาจ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจาก บริษัทประกันภัย

เพื่อเป็นหลักฐานรับรองหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ/ พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ บัตรประจำตัวข้าราชการ และ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า พร้อมรับรองสำเนา จำนวน 1 ชุด อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ .....ผู้มอบอำนาจ      ลงชื่อ ..... ผู้รับมอบอำนาจ

( ..... )      ( ..... )

ลงชื่อ ..... พยาน      ลงชื่อ ..... พยาน

( ..... )      ( ..... )