



เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์

เรื่อง ขอบใบบางงานแพทย์/สำเนาเวชระเบียน

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

สิ่งที่แนบมาด้วย	1. สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย, ผู้ดำเนินการแทน	จำนวน.....	ฉบับ
	2. หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา	จำนวน.....	ฉบับ
	3. หนังสือมอบอำนาจ	จำนวน.....	ฉบับ
	4. ใบक्रम/ใบบางงานแพทย์	จำนวน.....	ฉบับ
	5. ค่าธรรมเนียมแพทย์	จำนวน.....	ฉบับ
	6. อื่นๆ.....	จำนวน.....	ฉบับ

เนื่องด้วยข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) นามสกุล.....

ผู้ป่วย เกี่ยวข้องเป็น.....มีความประสงค์ขอ

ใบक्रम/ใบบางงานแพทย์ สำเนาเวชระเบียน

ของผู้ป่วยชื่อ.....

วัตถุประสงค์เพื่อ.....

เข้ารับการรักษา (ระบุนวัน เดือน ปี).....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

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

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ เพื่อแจ้งให้มารับเอกสาร:.....

ที่อยู่เพื่อส่งเอกสารทางไปรษณีย์

ตั้ง.....

.....
.....

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

เขียนที่.....

วันที่ เดือน..... พ.ศ. 25.....

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)

ผู้เอาประกันภัย ผู้รับมอบอำนาจ ผู้รับผลประโยชน์ ผู้ปกครอง

ของ..... โดยเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.....

ยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลเพื่อ

- ประกอบการรักษาพยาบาล
- ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- ประกอบการพิจารณาประกันชีวิต
- อื่น ๆ (ระบุ)

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)