



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลท่าเรือข้าม ต.ท่าเรือข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี

ที่ สฎ ๐๐๓๒.๓๐๑/๙๒๐

วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่แนวทางการขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย ผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าเรือข้าม

ตามที่ โรงพยาบาลท่าเรือข้ามได้จัดทำแนวทางการให้บริการในการขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติของผู้ป่วย เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้มารับบริการ ที่มีความประสงค์ขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน นั้น

กลุ่มงานบริหารทั่วไป ขออนุญาตเผยแพร่รายงานการประชุมดังกล่าว ผ่านเว็บไซต์หน่วยงาน www.trch.go.th ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา

รติพรดี ลูกอินทร์

(นายรติพรดี ลูกอินทร์)

นักวิชาการพัสดุ

(นางสุชาติ จันทะศรี)

เจ้าพนักงานพัสดุชำนาญงาน รักษาการในตำแหน่ง

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

(นายชูศักดิ์ กุ้เกียรติกุล)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าเรือข้าม



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลท่าโรงช้าง ตำบลท่าโรงช้าง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ที่ สฎ ๐๐๓๒.๓๐๑/๙๒๑

วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอแจ้งเวียนข้อมูลแนวทางการขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย ผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน หัวหน้างานทุกงาน

โรงพยาบาลท่าโรงช้างได้จัดทำแนวทางการให้บริการในการขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติ
ของผู้ป่วย เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้มารับบริการ ที่มีความประสงค์ขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน นั้น

กลุ่มงานบริหารทั่วไป ขอแจ้งเวียนข้อมูลและกิจกรรมการรวมกลุ่มฯ ให้บุคลากรในสังกัดทราบ

โดยทั่วกัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา

(นายกุศศักดิ์ กุเกียรติกุล)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าโรงช้าง

แจ้งเวียนแนวทางการขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย

กลุ่มบริหารงานทั่วไป



กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์



กลุ่มงานทันตกรรม



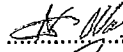
กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค



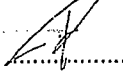
กลุ่มงานการแพทย์



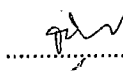
กลุ่มงานโภชนศาสตร์



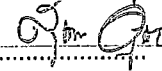
กลุ่มงานรังสีวิทยา



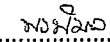
กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู



กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์



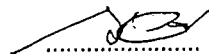
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม



กลุ่มงานพยาบาล

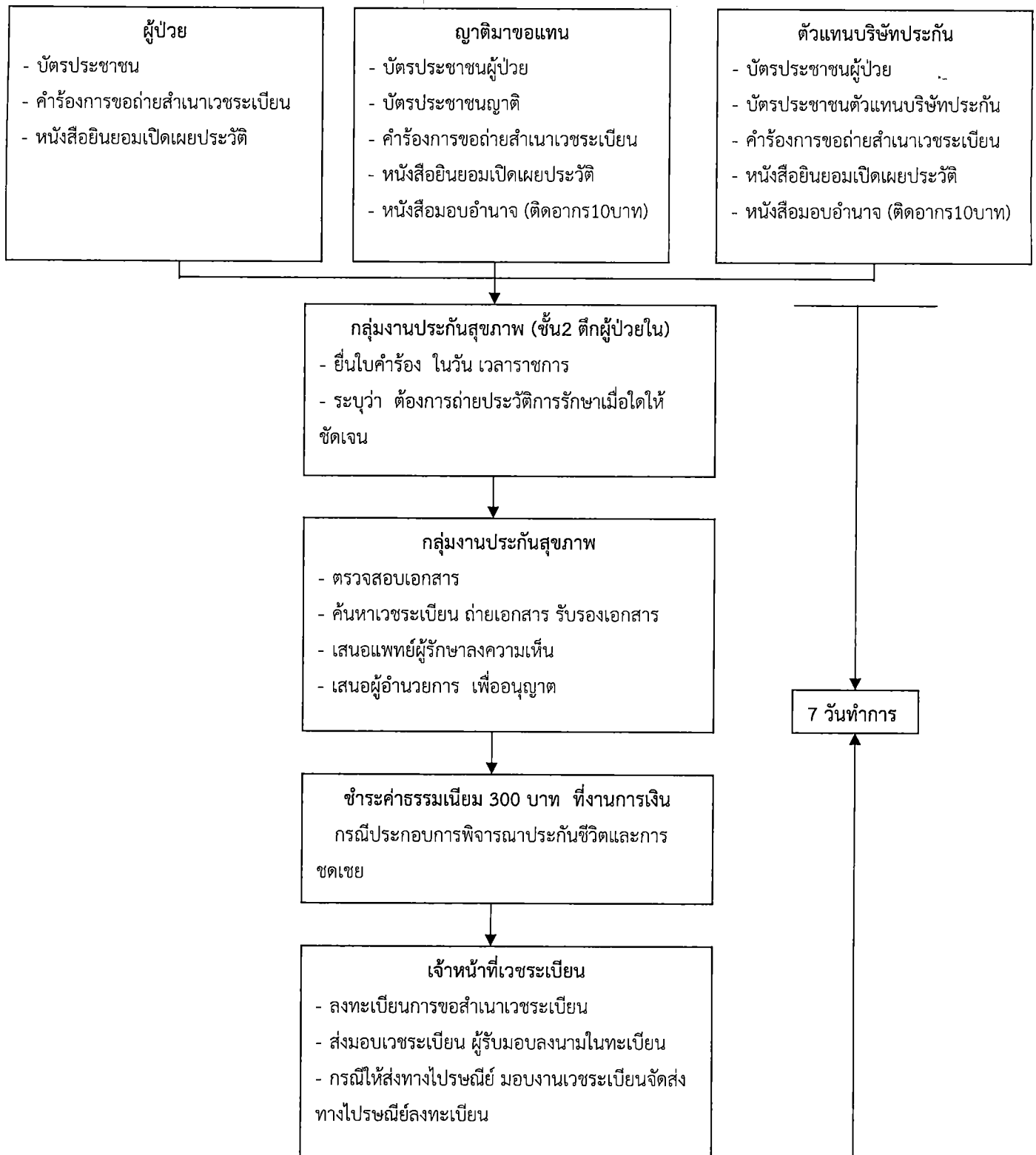


กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



ประเภทงานบริการ การขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย กรณีมาติดต่อที่โรงพยาบาล

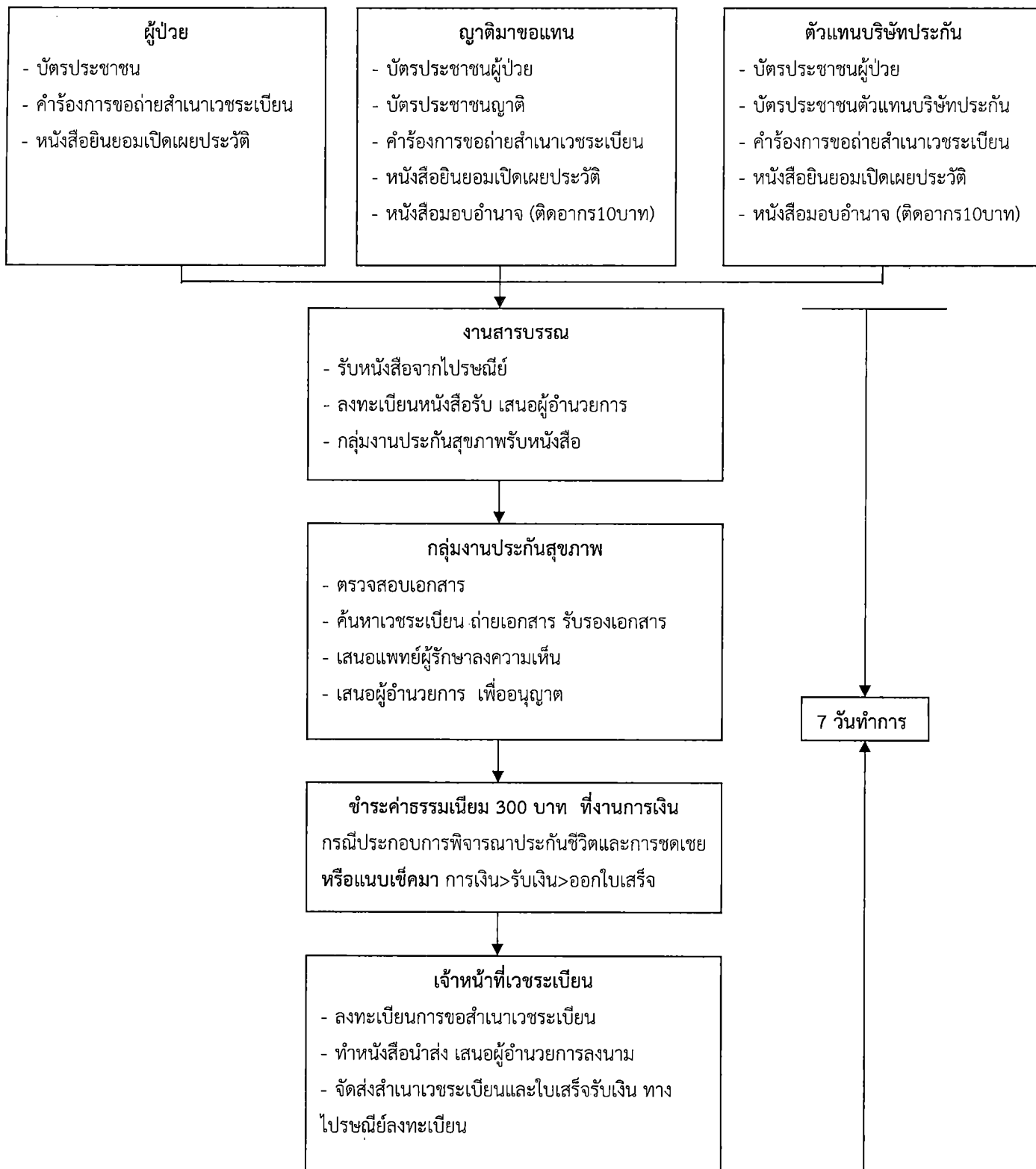
ขั้นตอนและระยะเวลาที่ใช้



หมายเหตุ คิวอาร์โค้ดแบบฟอร์มที่ www.trch.go.th

1. คำร้องการขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน
2. แบบหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติและเข้าถึงเวชระเบียน
3. หนังสือมอบอำนาจ

ประเภทงานบริการ การขอถ่ายสำเนาเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย กรณีส่งมาทางไปรษณีย์
ขั้นตอนและระยะเวลาที่ใช้



หมายเหตุ ดาวโหลดแบบฟอร์มที่ www.trch.go.th

1. คำร้องการขอถ่ายสำเนาเวชระเบียน
2. แบบหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติและเข้าถึงเวชระเบียน
3. หนังสือมอบอำนาจ

แบบคำร้องขอประวัติผู้ป่วยโรงพยาบาลท่าโรงช้าง

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

เรื่อง ขอประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

เรียน ผู้อำนวยการ / แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว _____ ที่อยู่ _____

เบอร์โทรศัพท์ _____ มีความประสงค์ที่จะขอประวัติการ

รักษาพยาบาล เมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ ถึงวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ของ

ตนเอง เลขที่บัตร โรงพยาบาล (HN.) _____

ผู้อื่น ชื่อ - สกุล _____

เลขที่บัตร โรงพยาบาล (HN.) _____ ซึ่งข้าพเจ้าเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น _____ ของผู้ป่วย

เอกสารที่ผู้ร้องขอต้องใช้

1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ยื่นคำร้องขอพร้อมเซ็นรับรองสำเนา
2. สำเนาบัตรประชาชนของเจ้าของประวัติพร้อมเซ็นรับรองสำเนาด้วยปากกา
3. หนังสือมอบฉันทะ

เหตุผลที่ขอ _____

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา

ลงชื่อ _____ ผู้ยื่นคำร้องขอ

ลงชื่อ _____ ผู้รับคำร้อง

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

(กรณียังไม่บรรลุนิติภาวะหรือเสียชีวิต เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วยชื่อ.....)

เลขบัตรประชาชนผู้ป่วย.....อายุผู้ป่วย.....ปี

ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลท่าโรงช้าง เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ยินยอมให้

- () ยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา
- () ยินยอมให้สำเนาเวชระเบียนครั้งดังกล่าว
- () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ทั้งนี้เพื่อ

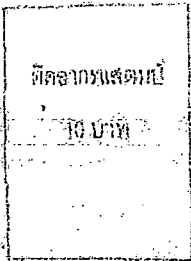
- () นำไปประกอบการรักษาต่อที่โรงพยาบาล.....
- () ใช้ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- () ใช้ประกอบข้อมูลในการทำประกันชีวิต
- () ใช้ประกอบการพิจารณารับประกัน / ค่าสินไหมทดแทน
- () อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

หมายเหตุ ถ้าผู้ยื่นคำร้องเขียนหนังสือไม่ได้ให้พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ



หนังสือมอบอำนาจในทางคดีสำหรับนายแพทย์ประจำตัวผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เลขประจำชน.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....มือถือ.....

จนท.รับแจ้งให้...../เลขประจำชน.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....มือถือ.....เป็นผู้มี.....

- อำนาจอำนาจ
- ขอซื้อ/ฝากเงิน/ขอรับเงิน
 - ขอใบรับของแพทย์
 - ขออำนาจทำรายการกับรถ

การกระทำใดๆของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำการในขอบเขตแห่งหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ให้มีผลผูกพันตามกฎหมาย ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้าได้ทำไปตามกฎหมายมอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของข้าพเจ้าทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดี และเห็นว่าผู้รับมอบอำนาจจะกระทำการตามขอบเขตอำนาจมอบอำนาจของข้าพเจ้าในฐานะข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือ หรือลายนิ้วมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)