หนังสือแสดงความยินยอม และให้กระทำการแทนในการเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....
บัตรประจำตัวประชาชน..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
ซึ่งเป็นเจ้าของประวัติหรือทายาทโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในการเปิดเผยประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลบางพลี ให้แก่ .....
ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น..... เป็นผู้แทนของข้าพเจ้า ในการดำเนินการ.....
ข้าพเจ้าขอยอมรับผิดชอบตามที่.....ได้ดำเนินการไป โดยถือเสมือนว่าเป็นการกระทำของข้าพเจ้าเองทุกประการ

หากผลอันเนื่องจากการกระทำของวรรคแรก ทำให้ข้าพเจ้า ทายาทโดยชอบธรรม หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้รับความเสียหาย ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องหรือฟ้องร้องดำเนินคดีในทางแพ่งและทางอาญาหรือทางใดทางหนึ่งกับผู้ดำเนินการเปิดเผยประวัติของทางโรงพยาบาลบางพลี แต่หากโรงพยาบาลบางพลีได้รับความเสียหายอันเกิดจากการเปิดเผยประวัติในครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ทางโรงพยาบาลบางพลี เรียกร้องหรือฟ้องร้องในทางแพ่งหรืออาญาได้

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ ..... ลงชื่อ .....
(.....) (.....)
☐ เจ้าของประวัติ ☐ ทายาทโดยชอบธรรม ผู้กระทำการแทน

ลงชื่อ ..... พยาน ลงชื่อ ..... พยาน
(.....) (.....)

<u>หมายเหตุ</u> เจ้าของประวัติหรือทายาทโดยชอบธรรม และผู้กระทำการแทน จะต้องสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นๆ ที่ส่วนราชการออกให้ และมีเลขบัตรประชาชนและรูปถ่าย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องให้เรียบร้อย ถ้าเจ้าของประวัติเสียชีวิต ต้องนำใบมรณะบัตรมาแทนด้วยทุกครั้ง