

ข้อมูลของผู้ป่วยเจ้าของประวัติ (Patient's personal information)	ชื่อ (Name) ว/ด/ปี เกิด (Date of Birth) HN ที่อยู่ปัจจุบัน (Address)
ข้อมูลของผู้ขอประวัติ (Patient's representative information)	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยเอง (Patient) <input type="checkbox"/> ผู้รับมอบอำนาจ (Patient's representative - person or authority holding valid power of attorney) ชื่อ-นามสกุล (Name Surname) ที่อยู่ (Address) โทรศัพท์ (Tel) Email..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Relationship to patient) <input type="checkbox"/> ผู้มีอำนาจของ ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นาง / น.ส. Authorized proxy for Master / Miss / Mr. / Mrs. / Ms.
หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจของผู้ป่วย หมายถึง ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 20 ปี หรือไม่ได้บรรลุนิติภาวะโดยจดทะเบียนสมรส) / ผู้อภิบาลของผู้ไร้ความสามารถตามคำสั่งศาล / ผู้พิทักษ์ของบุคคลผู้เสมือนไร้ความสามารถตามคำสั่งศาล Remarks: The patient's proxy means the next-of-kin or a court appointed legal representative/custodian of a minor (under 20 years) or adult with an incapacity or disability.	
รายละเอียดการขอประวัติการรักษา (Details of medical records request)	<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ของวันที่ (Medical Certificate dated) <input type="checkbox"/> ขอสำเนาประวัติการรักษาของวันที่ (Copy of Medical Record dated) <input type="checkbox"/> ภาพถ่ายทางรังสีของวันที่ (Imaging Record dated) <input type="checkbox"/> ผลการรักษา/การตรวจสุขภาพของวันที่ (Examination Result/Check-up Report dated) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (Other, please explain)
วัตถุประสงค์ของการขอประวัติ (Purpose of release)	<input type="checkbox"/> เพื่อรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่นที่ (To continue treatment at other medical provider at) <input type="checkbox"/> สมัครทำประกันของบริษัท (To apply for insurance from; please state) <input type="checkbox"/> เบิกค่าสินไหมทดแทนจากบริษัท (To claim compensation from; please state) <input type="checkbox"/> เบิกเงินทดแทนจากประกันสังคม (To claim reimbursement from the Social Security Office) <input type="checkbox"/> เบิกเงินทดแทนจากหน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ (To claim compensation from the state) <input type="checkbox"/> ขึ้นศาล (For court) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (Other, please explain)
การส่งมอบเอกสาร (Authorization of release to)	<input type="checkbox"/> มารับ (ระบุชื่อผู้มารับ) Collected by (Recipient's name) <input type="checkbox"/> ให้ส่งทางไปรษณีย์ ระบุที่อยู่ (Postal address) <input type="checkbox"/> ส่งแฟกซ์ หรือ อีเมล ระบุ (Fax or Email address) หมายเหตุ: ทางโรงพยาบาลจะไม่ส่งผลการตรวจวิเคราะห์ Anti HIV และผลวิเคราะห์สิ่งเสียดิตทุกชนิดให้ทางโทรสารและ E-Mail Remarks: To maintain confidentiality, HIV-antibody results cannot be sent by fax, post or email. Results must be collected in person.)

เอกสารประกอบการขอประวัติ (Authorization evidence)	ผู้ป่วย (Patient) <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน /บัตรข้าราชการ/ (ID card / Other official ID) <input type="checkbox"/> พาสปอร์ต (Passport) <input type="checkbox"/> ใบขับขี่ (Driving License) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) (Other)..... ผู้รับมอบกระทำการแทน (Patient's representative or proxy) ผู้ป่วย (Patient) <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน /บัตรข้าราชการ/ (ID card / Other official ID) <input type="checkbox"/> พาสปอร์ต (Passport) <input type="checkbox"/> ใบขับขี่ (Driving License) ผู้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วย (Patient's representative or proxy) <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน /บัตรข้าราชการ/ (ID card / Other official ID) <input type="checkbox"/> พาสปอร์ต (Passport) <input type="checkbox"/> ใบขับขี่ (Driving License) <input type="checkbox"/> ใบมอบอำนาจจากผู้ป่วย (Official letter of authorization) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) (Other).....
--	---

ข้าพเจ้ายินยอมให้ประวัติการรักษาของข้าพเจ้ากับตัวแทน / ผู้ขอรับประวัติ ข้าพเจ้ายอมรับว่าข้อมูลครอบคลุมถึงการวินิจฉัย/การรักษาซึ่งเกี่ยวข้องกับ สุขภาพจิตหรือภาวะทางจิต, ยา และ/หรือ การติดแอลกอฮอล์, ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และ/หรือ ภาวะโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

I give permission to Bangkok Hospital Siriroj to release of my medical information to the person named above. I understand that my medical records may include information related to the diagnosis / treatment related to psychiatric or psychological conditions, drug and / or alcohol dependence, acquired immune deficiency syndrome (AIDS), and / or HIV status.

โดยข้าพเจ้ายินดีเป็นผู้รับผิดชอบต่อผลอันอาจเกิดขึ้น เนื่องจากการเปิดเผยข้อมูลทางด้านสุขภาพดังกล่าว ทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบดีว่า ข้อมูลทางการแพทย์ถือเป็นข้อมูลความลับผู้ป่วย ที่บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลกรุงเทพศิริโรจน์ มีหน้าที่ ที่จะรักษาข้อมูลความลับไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลใดๆแก่ผู้อื่น โดยมีได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม ข้าพเจ้ายินดีเป็นผู้รับผิดชอบต่อผลอันจะเกิดขึ้น เนื่องจากการเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ดังกล่าว ทั้งหมดด้วยตนเอง

I, hereby take full responsibility for all consequences that may occur from the disclosure of the above medical information,

ลงชื่อผู้ยื่นคำขอ (Requested by - name) <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย (Patient) <input type="checkbox"/> ผู้รับมอบอำนาจ (Representative or proxy) วันที่ Dated..... เวลา Time	ลงชื่อผู้รับเรื่อง (Staff name) รหัสพนักงาน (Emp no.) แผนก(Dept.) วันที่ Dated เวลา Time
--	---

แจ้งให้แพทย์รับทราบ (Notified Physician)

ลงชื่อแพทย์ (Acknowledged Physician Signature)

แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ผู้มีอำนาจ

วันที่ Dated เวลา Time

For use upon collection of records:

ลงชื่อผู้รับเอกสาร (Received by - name) <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย (Patient) <input type="checkbox"/> ผู้รับมอบอำนาจ (Representative or proxy) วันที่ Dated เวลา Time	ลงชื่อผู้มอบเอกสาร (Staff name) รหัสพนักงาน (Emp no.) แผนก(Dept.) วันที่ Dated เวลา Time
---	---