

หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของคุณ

สถานที่ รพ.สุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.

1. ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาวอายุ.....ปี

 เลขประจำตัวประชาชน - - - - ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่..... อื่นๆ เช่น หนังสือเดินทางเลขที่..... วันออกบัตร...../...../.....

วันครบหมคอาย...../...../..... ออกให้โดย..... หมายเลขโทรศัพท์.....

ในฐานะ ผู้ป่วย/ผู้ขอรับบริการทางการแพทย์ ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วยชื่อ นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง/อื่น ๆ

(โปรดระบุ)..... ชื่อผู้ป่วย.....สกุล.....

2. ข้าพเจ้า ได้รับการอธิบายจาก โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการให้คำยินยอมเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล โดยสามารถนำข้อมูลระดับบุคคลไปใช้ประโยชน์ในการบริการดูแลสุขภาพ อาทิ การจัดเก็บข้อมูล การตรวจรักษา /ข้อมูลการติดต่อ /ข้อมูลการขึ้นทะเบียนคลินิก /ข้อมูลการตั้งครุฑ /ข้อมูลทันตกรรม /ข้อมูลการได้รับวัคซีน /ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ /ข้อมูลแพทย์ ทั้งนี้รวมถึงความเสี่ยงผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนไว้ โดยทางเอกสาร หรือ วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าแล้ว

3. ข้าพเจ้า ยินยอม ให้ รพ.สุทธาเวช เปิดเผยข้อมูล /ส่งข้อมูล โดยเอกสารหรือทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการรักษาพยาบาล หรือ การเบิกจ่ายแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้รับอนุญาตในการรักษาพยาบาล สถานพยาบาลอื่นที่ให้บริการรักษาได้ และหน่วยงานที่ดำเนินงานเรื่องการเบิกจ่าย

ไม่ยินยอม* ให้ รพ.สุทธาเวช เปิดเผยข้อมูล /ส่งข้อมูล โดยเอกสารหรือทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการรักษาพยาบาล หรือ การเบิกจ่าย แก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้รับอนุญาตในการรักษาพยาบาล สถานพยาบาลอื่นที่ให้บริการรักษาได้ และหน่วยงานที่ดำเนินงานเรื่องการเบิกจ่าย

4. หากสถานพยาบาลนำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการอื่นใด อันไม่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล หรือการเบิกจ่ายที่เกี่ยวข้องต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้า เว้นแต่การเปิดเผยตามที่กฎหมายบัญญัติหรือมีคำสั่งศาลให้เปิดเผย

5. ข้าพเจ้า สามารถยกเลิกความยินยอมได้ แต่ไม่มีผลลบถึงความยินยอมและผลแห่งความยินยอมซึ่งได้กระทำไปแล้วก่อนหน้านี้ โดยการยกเลิกความยินยอม ต้องมีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ในการเพิกถอน เข้าถึง แก้ไข ลบ ระบุ ขอให้โอน และคัดค้านการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลตามกฎหมาย

ลงชื่อ..... ผู้ป่วย/ผู้ขอรับบริการทางการแพทย์/ผู้มีอำนาจกระทำแทน
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้แทนสถานพยาบาล
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยได้แก่

1. ผู้ป่วยกรณีบรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 2. สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย และฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สีกตัว)

3. ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ 4. ผู้อนุบาล กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ 5. ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ

กรณีไม่ยินยอม* ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาล แต่ในกรณีที่ต้องใช้ข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล (ส่งต่อ) เพื่อการรักษา หรือกรณีฉุกเฉินหรือกรณีพิเศษ สถานพยาบาลต้องให้ผู้ป่วย / ผู้ให้คำยินยอม อนุญาตก่อนมีการส่งข้อมูลตามระบบปกติ ซึ่งอาจเกิดความล่าช้าหรือมีผลกระทบต่อผู้ป่วยในกรณีส่งต่อไปสถานพยาบาลอื่น