

เขียนที่ โรงพยาบาลหนองหาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอสำเนาประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหาน

ด้วยข้าพเจ้าฯ นาย/นาง/น.ส. โทรศัพท์.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□

ที่อยู่ / ที่ติดต่อได้.....

มีความประสงค์ขอสำเนาประวัติของผู้ป่วยชื่อ.....

ซึ่งข้าพเจ้าเกี่ยวข้องกับ..... ของผู้ป่วยมีประวัติการเข้าตรวจ/รักษา

ที่โรงพยาบาลหนองหาน ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

เพื่อนำไปใช้ประโยชน์

() ใช้ประกอบการทำประกันฯ (ระบุ) บริษัท.....

() ใช้เบิกเงินทดแทนกับบริษัทประกันชีวิต (ระบุ) บริษัท.....

() ใช้ประกอบการเบิกเงินตาม พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ

() ทราบประวัติการเจ็บป่วยประกอบการรักษาต่อที่.....

() อื่นๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าฯ รับทราบถึงผลอันอาจเกิดจากการกระทำของข้าพเจ้าฯซึ่งมีกระทบต่อ ผู้ป่วย/โรงพยาบาล / แพทย์ผู้ให้รายละเอียด ตามคำร้องขอของข้าพเจ้าฯ หากมีผลเสียหายอันอาจเกิดขึ้นจากการกระทำของข้าพเจ้าฯในครั้งนี้ ข้าพเจ้าฯ ยินดีรับผิดชอบตามขอบเขตแห่งกฎหมาย หากเกิดความเสียหายจากการดำเนินการในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)