



หนังสือมอบอำนาจและแสดงความยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....
หมู่ที่.....ถนน/ซอย.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....
ออกให้โดย.....วันบัตรหมดอายุ.....
มีความประสงค์ขอมอบอำนาจและแสดงความยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้บุคคล
ชื่อ.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน/ซอย.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....วันบัตรหมดอายุ.....
เป็นผู้ดำเนินการแทนในการขอประวัติการรักษาพยาบาล/การขอใบเคลมประกันฯ ของข้าพเจ้า
เพื่อนำไปประกอบ.....

การดำเนินการแทนของบุคคลชื่อ.....ได้กระทำการ
ไปภายใต้ขอบอำนาจของหนังสือมอบอำนาจและแสดงความยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลฉบับนี้
ให้มีผลสมบูรณ์และชอบด้วยกฎหมายทุกประการ

เพื่อเป็นหลักฐานแห่งการมอบอำนาจและแสดงความยินยอมนี้ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อให้ไว้เป็น
สำคัญต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

เอกสารหลักฐานประกอบการมอบอำนาจ

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบัตรอื่น ๆ ที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกให้ของเจ้าของประวัติการรักษาพยาบาล (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบัตรอื่น ๆ ที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกให้ของผู้รับมอบอำนาจ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
- หากมีข้อสงสัย โปรดติดต่องานเวชระเบียนและสถิติ โทร 054 335 262 – 8 ต่อ 214, 109, 223