



แบบคำร้องขออนุมัติเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง

ด้วยข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ถนน/ซอย.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่.....

ออกให้โดย.....วันบัตรหมดอายุ.....

มีความประสงค์ขอ ประวัติการรักษาพยาบาลเพื่อนำไปรักษาต่อ

ประวัติการรักษาพยาบาลเพื่อใช้เป็นหลักฐานประกันชีวิต จำนวน.....ฉบับ

ใบเคลมประกันชีวิต จำนวน.....ฉบับ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน

เมื่อวันที่..... เมื่อวันที่.....

เมื่อวันที่..... เมื่อวันที่.....

เมื่อวันที่..... เมื่อวันที่.....

อื่น ๆ ระบุ.....

ของผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ซึ่งข้าพเจ้าเกี่ยวข้องเป็น เจ้าของประวัติ(ผู้ป่วย) ผู้รับมอบอำนาจ อื่น ๆ ระบุ.....

โดยนำเอกสารหลักฐานประกอบคำร้อง ดังนี้

หนังสือมอบอำนาจ (กรณีมอบอำนาจ)

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของเจ้าของประวัติการรักษาพยาบาล (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของบริษัทประกัน (กรณีขอใบเคลม)

ข้าพเจ้าทราบดีว่า การกระทำของข้าพเจ้าอาจเกิดผลเสียหายต่อโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง, แพทย์, เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติตามคำร้องขอของข้าพเจ้า หากมีผลเสียหายที่เกิดขึ้นจากการกระทำของข้าพเจ้าในครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบและยินดีให้ผู้เอาใจได้รับความเสียหายในหนังสือฉบับนี้ยืนยันต่อผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเรื่อง

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ

(.....)