

หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลทางอิเล็กทรอนิกส์

สถานที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เวลา..... น.

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

เลขประจำตัวประชาชน - - - -

ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่.....

อื่นๆ เช่น หนังสือเดินทางเลขที่.....

วันออกบัตร...../...../..... วันบัตรหมดอายุ...../...../.....

ออกให้โดย.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

ในฐานะ ผู้ป่วย/ผู้ขอรับบริการทางการแพทย์

ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง/อื่น ๆ

ชื่อ.....สกุล.....

2. ข้าพเจ้า ได้รับการอธิบายจาก (โรงพยาบาล.....) ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการให้คำยินยอมเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล โดยสามารถนำข้อมูล ระดับบุคคลไปใช้ประโยชน์ในการบริการ ดูแลสุขภาพ อาทิการจัดเก็บข้อมูล การตรวจรักษา / ข้อมูลการติดต่อ / ข้อมูลการขึ้นทะเบียนคลินิก / ข้อมูลการตั้งครุภ / ข้อมูลทันตกรรม / ข้อมูลการได้รับวัคซีน / ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ / ข้อมูลแพทย์ ทั้งนี้ รวมถึงความเสี่ยงผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนไว้ โดยวิธีการ ทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าแล้ว

3. ข้าพเจ้า ยินยอมเข้าสู่โครงการพัฒนาระบบระเบียบสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record : PHRs)

ยินยอมให้ สถานพยาบาล เปิดเผยข้อมูล / ส่งข้อมูล / ทางอิเล็กทรอนิกส์ (สำเนาข้อมูล) เพื่อการรักษาพยาบาล แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข (บุคลากรที่ได้รับอนุญาตในการรักษาพยาบาล) และสถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาได้

ไม่ยินยอม* ให้สถานพยาบาลเปิดเผยข้อมูล / ส่งข้อมูล ทางอิเล็กทรอนิกส์ (สำเนาข้อมูล) เพื่อการรักษาพยาบาล แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข (บุคลากรที่ได้รับอนุญาตในการรักษาพยาบาล) และสถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาได้

4. หากสถานพยาบาลนำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการอื่นใดอันไม่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล ต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเว้นแต่การเปิดเผยตามที่กฎหมายบัญญัติหรือมีคำสั่งศาลให้เปิดเผย

5. ข้าพเจ้า สามารถยกเลิกข้อความยินยอมได้ แต่ไม่มีผลลบล้างความยินยอมและผลแห่งความยินยอม ซึ่งได้กระทำไปแล้วก่อนหน้านี้ โดยการยกเลิกข้อความยินยอมต้องมีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร

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

ไม่ยินยอม* ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาล แต่ในกรณีที่ต้องใช้ข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล (ส่งต่อ) เพื่อการรักษา หรือกรณีฉุกเฉินหรือกรณีพิเศษ สถานพยาบาลต้องให้ผู้ป่วย / ผู้ให้คำยินยอมอนุญาตก่อน มีการส่งข้อมูลตามระบบปกติ