

หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลทางอิเล็กทรอนิกส์

สถานที่ โรงพยาบาลยางตลาด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เวลา.....น.

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

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□

ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่

อื่นๆ เช่น หนังสือเดินทางเลขที่.....

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

วัน-เดือน-ปี เกิด/...../..... ออกให้โดย.....

เบอร์ โทรศัพท์ มือถือ.....(ใช้สำหรับยืนยันรหัส OTP) ในฐานะผู้ป่วย

ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

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

ชื่อ..... สกุล.....

2. ข้าพเจ้า ได้รับการอธิบายจากสถานพยาบาลที่อยู่ภายใต้โครงการพัฒนาระบบระเบียบสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record : PHRs) (โรงพยาบาลสหัสขันธ์) ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการให้คำยินยอมเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล โดยสามารถนำข้อมูลระดับบุคคลไปใช้ประโยชน์ในการบริการดูแลสุขภาพ อาทิ การจัดเก็บข้อมูลการตรวจรักษา/การผ่าตัด/การใช้ยา/ตรวจรักษาทางรังสีและกระทำหัตถการ ทั้งนี้ รวมถึงความเสี่ยงผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนไว้โดยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าแล้ว

3. ข้าพเจ้า ยินยอมเข้าสู่โครงการพัฒนาระบบระเบียบสุขภาพส่วนบุคคล (PHRs)

ยินยอมให้สถานพยาบาลเปิดเผยข้อมูล/ส่งข้อมูล ทางอิเล็กทรอนิกส์ (สำเนาข้อมูล) เพื่อการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข (บุคลากรที่ได้รับอนุญาตในการรักษาพยาบาล) และสถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาได้

ไม่ยินยอม* ให้สถานพยาบาลเปิดเผยข้อมูล/ส่งข้อมูล ทางอิเล็กทรอนิกส์ (สำเนาข้อมูล) เพื่อการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข (บุคลากรที่ได้รับอนุญาตในการรักษาพยาบาล) และ สถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาได้

4. หากสถานพยาบาลนำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการอื่นใดอันไม่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล ต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเว้นแต่การเปิดเผยตามที่กฎหมายบัญญัติหรือมีคำสั่งศาลให้เปิดเผย

5. ข้าพเจ้า สามารถยกเลิกความยินยอมได้ แต่ไม่มีผลลบถึงความยินยอมและผลแห่งความยินยอม ซึ่งได้กระทำไปแล้วก่อนหน้านี้ โดยการยกเลิกความยินยอมต้องมีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้แทนสถานพยาบาล

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยได้แก่

1. ผู้ป่วยกรณีบรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
2. สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย และฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สีกตัว)
3. ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ
4. ผู้อนุญาต กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ
5. ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ

ไม่ยินยอม* ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาล แต่ในกรณีที่ต้องใช้ข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล (ส่งต่อ) เพื่อการรักษาหรือกรณีฉุกเฉินหรือกรณีพิเศษ สถานพยาบาลต้องให้ผู้ป่วย/ผู้ให้คำยินยอมอนุญาตก่อน มีการส่งข้อมูลตามระบบปกติ