

การขอสำเนาเวชระเบียน

เวชระเบียน (Medical Record) หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึก และเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วยทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการแพ้ยา เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ข้อมูลบ่งชี้เฉพาะ ของบุคคล การรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ผลจากห้องปฏิบัติการ

ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ. ๒๕๔๐ เวชระเบียน ประวัติสุขภาพ รายงาน การแพทย์เป็นข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล ซึ่งโรงพยาบาลจะเปิดเผยข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วย ที่อยู่ในความควบคุมดูแลของตนต่อบุคคลอื่น หรือหน่วยงานของรัฐแห่งอื่น โดยปราศจากความยินยอม เป็นหนังสือของเจ้าของข้อมูลเวชระเบียนไม่ได้ เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามที่กฎหมายกำหนด

ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เป็นเจ้าของข้อมูลเวชระเบียน หรือบุคคลผู้มีสิทธิดำเนินการแทน มีสิทธิที่จะ ได้รู้ถึงข้อมูลเวชระเบียนของตน เมื่อมีคำร้องขอเป็นหนังสือต่อโรงพยาบาล

บุคคลผู้มีสิทธิกระทำการแทนในการขอสำเนาเวชระเบียน

๑. ในกรณีเจ้าของข้อมูลเวชระเบียนเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ใช้อำนาจปกครองมีสิทธิดำเนินการ แทน ถ้าผู้เยาว์มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๕ ปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้เยาว์ด้วย

๒. ในกรณีเจ้าของข้อมูลเป็นคนไร้ความสามารถ ให้ผู้อนุบาลมีสิทธิดำเนินการแทน

๓. ในกรณีเจ้าของข้อมูลเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ ไม่สามารถยื่นคำร้องขอ เพราะเหตุมีกายพิการหรือมีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบหรือมีเหตุอื่นทำนองเดียวกัน ให้ผู้พิทักษ์มีสิทธิ ดำเนินการแทน

๔. ในกรณีเจ้าของข้อมูลถึงแก่กรรม และมีได้ทำพินัยกรรมกำหนดไว้เป็นอย่างอื่น ให้บุคคล ดังต่อไปนี้มีสิทธิดำเนินการได้ตามลำดับก่อนหลัง ดังต่อไปนี้

(๑) บุตรชอบด้วยกฎหมาย หรือบุตรบุญธรรม

(๒) คู่สมรส

(๓) บิดาหรือมารดา

(๔) ผู้สืบสันดาน

(๕) พี่น้องร่วมบิดามารดา

(๖) คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ

การเปิดเผยข้อมูลเวชระเบียนโดยไม่ต้องได้รับความยินยอมของเจ้าของข้อมูลเวชระเบียน

๑. ต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐในหน่วยงานของตนเพื่อการนำไปใช้ตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยงาน ของรัฐแห่งนั้น

๒. เป็นการให้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยโดยไม่ระบุชื่อหรือส่วนที่ทำให้รู้ว่าเป็นข้อมูล เวชระเบียนเกี่ยวกับบุคคลใด

๓. ต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐเพื่อการป้องกันการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย การสืบสวน การสอบสวน หรือการฟ้องคดี ไม่ว่าจะคดีประเภทใดก็ตาม

๔. เป็นการให้ซึ่งจำเป็นเพื่อการป้องกันหรือระงับอันตรายต่อชีวิตหรือสุขภาพของบุคคล

๕. ต่อศาล และเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือหน่วยงานของรัฐ หรือบุคคลที่มีอำนาจตามกฎหมาย ที่จะขอข้อเท็จจริงดังกล่าว

คำร้องขออนุมัติเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี

ด้วยข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน.....

หมายเลขโทรศัพท์..... มีฐานะเป็น ผู้ป่วย ผู้แทน/ญาติ ผู้มีอำนาจลงนามแทนผู้ป่วย

ซึ่งข้าพเจ้าเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย มีความประสงค์ขอ

- เวชระเบียนผู้ป่วยนอก เวชระเบียนผู้ป่วยใน
 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสี / แผ่นซีดีบันทึกข้อมูล
 ใบสรุปคำรักษาพยาบาล ประวัติการฟอกไต
 ให้แพทย์สรุปประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา (ใบ Claim) ใบรับรองแพทย์

ของผู้ป่วย ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ซึ่งได้เข้ารับการรักษา ด้วยโรค.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เหตุผลในการขอฯ เพื่อวัตถุประสงค์ ดังนี้

- เพื่อนำไปประกอบการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลอื่น(ระบุ).....
 เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมประกันชีวิตต่อบริษัท.....
 เพื่อนำเอกสารประกอบทางกฎหมาย/คดี/ศาล
 เพื่ออื่นๆ (ระบุ).....

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสาร

- สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย สำเนาบัตรประชาชนผู้กระทำการแทน
 หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย ใบมอบอำนาจ
 เอกสารที่แสดงความสัมพันธ์ ระบุ.....

หากข้าพเจ้านำเอกสารเกี่ยวข้องกับเวชระเบียนผู้ป่วย ประวัติผู้ป่วย หรือรายงานทางการแพทย์ ไปใช้ในการใดๆ นอกเหนือจากวัตถุประสงค์ตามที่ระบุไว้ในคำขอ ข้าพเจ้าตกลงยินยอมชดใช้ค่าเสียหาย ค่าใช้จ่ายอื่นใดที่เกิดขึ้นแก่โรงพยาบาลเต็มจำนวน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

.....

(.....)

ผู้ยื่นคำร้อง

<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ (.....) แพทย์เจ้าของไข้ / แพทย์ผู้รับแต่งตั้ง	<input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ (.....) ตำแหน่ง..... ผู้อำนวยการ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการมอบเอกสารของผู้ป่วย (ลงชื่อ).....	วันที่.....
ผู้รับเอกสารของผู้ป่วย (ลงชื่อ).....	วันที่.....

(มีต่อด้านหลัง)

ค่าธรรมเนียมของการขอสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย อัตราค่าธรรมเนียม ดังนี้-

๑. กรณีประกันชีวิต

- ถ่ายสำเนาเวชระเบียนฯ ๓๐๐ บาท/บริษัท/ครั้ง (นำเงินเข้าบัญชี รพ. มีใบเสร็จ)
- แพทย์เขียนรายงานสรุปการรักษาฯ ลงในแบบฟอร์มของบริษัท
๓๐๐ บาท/บริษัท/ครั้ง (มอบให้แพทย์ฯ ไม่มีใบเสร็จ)
- กรณีแพทย์เขียนรายงานสรุปการรักษา และขอสำเนาประกันการรักษา
ในคราวเดียวกัน มีค่าธรรมเนียม ๓๖๐ บาท/บริษัท/ครั้ง
(ออกใบเสร็จ ๖๐ บาท อีก ๓๐๐ บาท มอบให้แพทย์ฯ ไม่มีใบเสร็จ)

๒. กรณีประกอบกรเบิกเงิน พ.ร.บ.รถ ค่าธรรมเนียม ๑๐๐ บาท

๓. ขอภาพถ่ายรังสี/แผ่นซีดีบันทึกข้อมูล ค่าธรรมเนียม ๔๐ บาท

๔. ขอใบสรุปค่ารักษาพยาบาล ค่าธรรมเนียม ๓๐ บาท

๕. กรณีประกอบการรักษาพยาบาล และอื่นๆ ค่าธรรมเนียม ๖๐ บาท

} มีใบเสร็จ

ชำระเงินออกใบเสร็จ จำนวน.....บาท

ตามใบเสร็จเล่มที่..... เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

ชำระเงินเพื่อมอบให้แพทย์ฯ กรณีเขียนใบ Claim

จำนวนเงิน.....บาท

ลงชื่อ..... จนท. รับเงินจากผู้ป่วย/ผู้มาขอประวัติ (ธุรการ)

ลงชื่อ..... จนท.ห้องเวชระเบียน (รับเงินจาก จนท.ธุรการ)

หนังสือแสดงความยินยอม และให้กระทำการแทนในการเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล
โรงพยาบาลปัตตานี

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....บัตรประชาชนเลขที่.....
ซึ่งเป็นเจ้าของประวัติหรือทายาทโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในการเปิดเผย
ประวัติการรักษาของโรงพยาบาลปัตตานีซึ่งได้ให้การรักษาพยาบาล แก่.....
ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า ซึ่งมีอำนาจแจ้งการเจ็บป่วยที่ได้รับการรักษา
ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา การสำเนาเอกสารทางการแพทย์ เพื่อวัตถุประสงค์.....

โดยมอบหมายให้.....กระทำการแทนข้าพเจ้า

หากผลอันเนื่องจากการกระทำของวรรคแรก ทำให้ข้าพเจ้า ทายาทโดยชอบธรรม หรือผู้มีส่วนได้เสีย ได้รับความเสียหาย ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องหรือฟ้องร้องดำเนินคดีในทางแพ่งและทางอาญาหรือทางใดทางหนึ่งกับผู้ดำเนินการเปิดเผยประวัติของโรงพยาบาลปัตตานี และส่วนราชการเจ้าสังกัดโรงพยาบาลปัตตานี แต่หากโรงพยาบาลปัตตานี ได้รับความเสียหายอันเกิดจากการเปิดเผยประวัติในครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลปัตตานี เรียกร้องหรือฟ้องร้องในทางแพ่งหรืออาญาได้

เพื่อเป็นหลักฐานตามหนังสือฉบับนี้ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน

(ลงชื่อ).....
(.....)
ผู้กระทำการแทน

(ลงชื่อ).....
(.....)
เจ้าของประวัติหรือทายาทโดยชอบธรรม

(ลงชื่อ).....
(.....)
พยาน

(ลงชื่อ).....
(.....)
พยาน

หมายเหตุ เจ้าของประวัติหรือทายาทโดยชอบธรรม และผู้กระทำการแทน จะต้องสำเนาบัตรประจำประชาชน หรือบัตรอื่น ๆ ที่ส่วนราชการออกให้ และมีเลขบัตรประชาชนและรูปถ่าย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องให้เรียบร้อย ถ้าเจ้าของประวัติเสียชีวิต ต้องนำในมรณบัตรมาแทนด้วยทุกครั้ง