



หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการบริการสุขภาพ

สถานที่ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

1.ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว/หนังสือเดินทางเลขที่.....วันออกบัตร..... วันบัตรหมดอายุ.....  
ออกให้โดย.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

ในฐานะ  ผู้ป่วย  บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา ของผู้ป่วย ชื่อ .....นามสกุล.....

2.วัตถุประสงค์ในการให้คำยินยอม

เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล โดยสามารถนำข้อมูลระดับบุคคล ไปใช้ประโยชน์ในการบริการดูแลสุขภาพ อาทิการจัดเก็บข้อมูล / การตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง/ ข้อมูลการติดต่อ/ ข้อมูลการขึ้นทะเบียนคลินิก/ ข้อมูลทันตกรรม / การฉายา/ แพทย์/ ตรวจรักษาทางรังสีและกระทำหัตถการ/ ข้อมูลสุขภาพจิต / ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล ทั้งนี้รวมถึงความเสี่ยงผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนไว้โดยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าแล้ว

3.ข้าพเจ้าขอดำเนินการ

3.1 เข้าสู่โครงการพัฒนาระบบระเบียบสุขภาพส่วนบุคคล (PHRs) (ผู้ป่วยต้องลงแอปพลิเคชัน H4U ในโทรศัพท์มือถือ)

ยินยอม  ไม่ยินยอม

3.2 ให้โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์ เปิดเผยข้อมูล/ส่งข้อมูล ทางอิเล็กทรอนิกส์(สำเนาข้อมูล) เพื่อการรักษาพยาบาลแก่ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข(บุคลากรที่ได้รับอนุญาตในการรักษาพยาบาล)และสถานพยาบาลให้รักษาได้

ยินยอม  ไม่ยินยอม

3.3 ให้โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาฯ ติดตามในกรณีที่ไม่มารับบริการหรือแจ้งให้มารับบริการตามวันที่นัด ผ่านทาง

3.3.1 หมายเลขโทรศัพท์ที่แจ้งไว้  ยินยอม  ไม่ยินยอม

3.3.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่  ยินยอม  ไม่ยินยอม

3.4 ให้โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาฯ ดำเนินการนำเข้าสู่ระบบการรับยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องผ่านระบบ การรับยาทางไปรษณีย์ / รับยาที่ร้านยากรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขที่เกิดจากโรคระบาดและภัยพิบัติ

ยินยอม  ไม่ยินยอม

4.หากสถานพยาบาลนำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการอื่นใดอันไม่เป็นประโยชน์ต่อการ รักษาพยาบาลต้องได้รับคำยินยอมต่อข้าพเจ้าเว้นแต่การเปิดเผยตามกฎหมายบัญญัติหรือมีคำสั่งศาลให้เปิดเผย

5.ข้าพเจ้า สามารถยกเลิกความยินยอมได้แต่ไม่มีผลลบล้างความยินยอมและผลแห่งความยินยอม ซึ่งได้ กระทำไปแล้วก่อนหน้านั้น โดยการยกเลิกความยินยอมต้องมีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้แทนสถานพยาบาล

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยได้แก่

1. ผู้ป่วยในกรณีบรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
2. สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย และฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะ(ไม่รู้สีกตัว)
3. ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ
4. ผู้อนุบาล กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ
5. ผู้พิทักษ์กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ

**ไม่ยินยอม\*** ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาล แต่ในกรณีที่ต้องใช้ในข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล (ส่งต่อ)เพื่อการรักษาหรือกรณีฉุกเฉินหรือ กรณีพิเศษ สถานพยาบาลต้องให้ผู้ป่วย/ผู้ให้คำยินยอมอนุญาตก่อน มีการส่งข้อมูลตามระบบปกติ