

หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการบริการสุขภาพ

สถานที่ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เวลา.....น.

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

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□

ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่.....

อื่นๆ เช่น หนังสือเดินทางเลขที่.....

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

ออกให้โดย.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....(ใช้สำหรับยืนยันรหัส OTP)

ในฐานะ

ผู้ป่วย

ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

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

ชื่อ.....สกุล.....

2. ข้าพเจ้า ได้รับการอธิบายจาก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ที่อยู่ภายใต้โครงการพัฒนาระบบระเบียบสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record : PHRs) สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ให้ทราบถึง วัตถุประสงค์ในการในคำยินยอมเพื่อการแลกเปลี่ยน ข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล โดยสามารถนำข้อมูลระดับบุคคล ไปใช้ประโยชน์ในการบริการ ดูแลสุขภาพ อาทิการจัดเก็บข้อมูลการ ตรวจรักษา / การผ่าตัด/การใช้ยา/ตรวจรักษาทาง รังสีและกระทำหัตถการ ทั้งนี้รวมถึงความเสี่ยงผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนไว้ โดยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าแล้ว

3. ข้าพเจ้า ยินยอมเข้าสู่โครงการพัฒนาระบบระเบียบสุขภาพส่วนบุคคล (PHRs)

ยินยอมให้ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เปิดเผยข้อมูล/ส่งข้อมูล ทางอิเล็กทรอนิกส์ (สำเนาข้อมูล)

เพื่อการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข (บุคลากรที่ได้รับอนุญาตในการรักษาพยาบาล) และ สถานพยาบาลที่ ให้บริการรักษาได้

ไม่ยินยอม* ให้สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เปิดเผยข้อมูล/ส่งข้อมูล ทางอิเล็กทรอนิกส์ (สำเนา ข้อมูล) เพื่อการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข (บุคลากรที่ได้รับอนุญาตในการรักษาพยาบาล) และสถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาได้

4. หากสถานพยาบาลนำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการอื่นใดอันไม่เป็นประโยชน์ต่อการ รักษาพยาบาล ต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้าเว้นแต่การเปิดเผยตามที่กฎหมายบัญญัติหรือมีคำสั่งศาลให้เปิดเผย

5. ข้าพเจ้า สามารถยกเลิกความยินยอมได้แต่ไม่มีผลลบถึงความยินยอมและผลแห่งความยินยอม ซึ่งได้ กระทำไปแล้ว ก่อนหน้านั้น โดยการยกเลิกความยินยอมต้องมีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้แทนสถานพยาบาล

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยได้แก่

1. ผู้ป่วยกรณีบรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

2. สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย และฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สึกรู้ตัว)

3. ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ

4. ผู้อนุบาล กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ

5. ผู้พิทักษ์กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ

ไม่ยินยอม* ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาล แต่ในกรณีที่ต้องใช้ข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล (ส่งต่อเพื่อการรักษา หรือ กรณีฉุกเฉินหรือ กรณีพิเศษ สถานพยาบาลต้องให้ผู้ป่วย/ผู้ให้คำยินยอมอนุญาตก่อน มีการส่งข้อมูลตามระบบปกติ