

ใบขออนุญาตถ่ายสำเนาเวชระเบียน/ภาพรังสี
(กรณีผู้ป่วยไม่มาด้วยตนเอง)

ที่ โรงพยาบาลทันตกรรม
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม

ด้วยข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... อายุ.....ปี โทร.....
มีความประสงค์ขอสำเนาข้อมูลในเวชระเบียน/ภาพรังสี ซึ่งได้เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เพื่อ

() ประกอบการรักษาพยาบาล ระบุงานที่ต้องการรักษา.....

() ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

() ประกอบเป็นหลักฐานประกันภัยหรือประกันสุขภาพ

โดยมีหลักฐานที่ต้องนำมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ดังนี้

- (1) หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล
- (2) บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรที่หน่วยงานราชการออกให้ของผู้ป่วย และสำเนา 1 ฉบับ
- (3) บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรที่หน่วยงานราชการออกให้ของผู้ยื่นคำร้อง และสำเนา 1 ฉบับ
- (4) หนังสือมอบฉันทะ กรณีผู้ป่วยไม่มาด้วยตนเอง
- (5) หนังสืออนุญาตของบิดา-มารดาหรือผู้ปกครอง กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอข้อมูล

ความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม

() อนุญาต

() ไม่อนุญาต เพราะ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม/รองผู้อำนวยการฝ่ายปฏิบัติการคลินิก

หมายเหตุ : ถ้าผู้ยื่นคำร้องเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายมือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ

: มีค่าบริการเอกสาร 50 บาท

: กรณีขอข้อมูลภาพรังสี มีค่าบริการ 200 บาท