กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

หนังสือแสดงเจตนายินยอมการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล และการเข้ารับบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. .....เวลา.....น.

1. ผู้แสดงเจตนา

ผู้ป่วย ข้าพเจ้า นาย/นาย/นางสาว .....อายุ ..... ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐
ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ .....
อื่นๆ เช่น หนังสือเดินทางเลขที่ (passport number) .....
วันออกบัตร ..... /..... /..... วันบัตรหมดอายุ ..... /..... /.....

ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ ..... ปี
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐
เกี่ยวข้องเป็น ..... ของผู้ป่วย
ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ .....
อื่นๆเช่นหนังสือเดินทางเลขที่ (passport number).....
วันออกบัตร ...../...../.....วันบัตรหมดอายุ ...../...../.....

2. ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาล ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลจากการรับบริการทางการแพทย์ รวมถึง บริการทาง การแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบ ต่างๆ ของโรงพยาบาล ทั้งรูปแบบเอกสารและรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ เช่น โครงการพัฒนาระบบระเบียนสุขภาพส่วนบุคคล บริการทางการแพทย์ผ่านระบบการรักษา /ปรึกษาทางไกล และระบบบริการ อื่น ๆ เพื่อการ แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล/หน่วยบริการในเครือ ข่ายการให้บริการ โดยสามารถเชื่อมโยงและนำ ข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้ประโยชน์ในการบริการดู แลสุขภาพของข้าพเจ้า อาทิ ข้อมูลสัญญาณชีพ การวินิจฉัย การรักษา การทำหัตถการ ข้อมูลยา การแพ้ยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพทางการแพทย์ เป็นต้น

3. หากข้าพเจ้ามอบหมายให้ผู้อื่นเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลมีการเผยแพร่ไปสู่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง ในกรณีนี้ไม่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล

4. โรงพยาบาลจะใช้ข้อมูลเพื่อการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรคของข้าพเจ้าเท่านั้น หากโรงพยาบาลนำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้ เพื่อการอื่นใดนอกเหนือจากการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรคของข้าพเจ้าต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้า เว้นแต่การเปิดเผยตามที่กฎหมายบัญญัติหรือมีคำสั่งศาลให้เปิดเผย

5.ความยินยอมการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลและเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

5.1 ข้าพเจ้ายินยอมให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์การบริการทางการแพทย์ บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ ของโรงพยาบาลทั้งรูปแบบเอกสารและรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม*

5.2 ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูล / ส่งข้อมูล / ทางอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อการรักษาพยาบาล แก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และสถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาได้

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

6. ข้าพเจ้าสามารถยกเลิกความยินยอมได้ แต่ไม่มีผลลบล้างความยินยอมและผลแห่งความยินยอม ซึ่งได้กระทำไปแล้วก่อนหน้านั้น โดยการยกเลิกความจำนงต้องมีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร

ลงชื่อ ..... ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทน
(.....)

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล
(.....)
ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ .....พยานพยานฝ่ายผู้ป่วย
(.....)

ลงชื่อ .....พยานฝ่ายโรงพยาบาล
(.....)
ตำแหน่ง.....

กรณี ไม่มีพยานฝ่ายผู้ป่วยให้ระบุเหตุผล

หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยได้แก่

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

ไม่ยินยอม* ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาล แต่ในกรณีที่ต้องใช้ข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล (ส่งต่อ) เพื่อการรักษา หรือกรณีฉุกเฉินหรือกรณีพิเศษ สถานพยาบาลต้องให้ผู้ป่วย / ผู้ให้คำยินยอมอนุญาตก่อนมีการส่งข้อมูลตามระบบปกติ

บริการทางการแพทย์และด้านสาธารณสุขในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ หมายถึง การบริการที่สา มารถติดต่อสื่อสารและเชื่อมโยง ข้อมูล โดยเข้าถึงกระบวนการรักษาในรูปแบบทางออนไลน์ในรูปแบบแพลตฟอร์มหรือแอปพลิเคชัน เช่น การรับคำปรึกษา การสอบถามอาการเพื่อวินิจฉัยอาการขั้นต้น การสั่งจ่าย-รับยา การติดตามการรักษาต่อเนื่อง การเช็คสิทธิรักษาพยาบาลหรือประวัติการรักษา เป็นต้น