



แบบกรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

เลขที่บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ - - - -

ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ).....นามสกุล.....

วันเกิด.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี สัญชาติ.....ศาสนา.....

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า แยก สมณะ

จบการศึกษาสูงสุด ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา..... มัธยมศึกษา..... ปวช.

ปวส / อนุปริญญา ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก

ที่อยู่ตามบัตรประชาชน : บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทร.....

ที่อยู่ปัจจุบัน : บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทร.....

อาชีพปัจจุบัน..... หมู่เลือด A (เอ) AB (เอบี) B (บี) O (โอ)

ชื่อ-สกุลบิดา.....ชื่อ-สกุลมารดา.....

ชื่อ-สกุลคู่สมรส.....ชื่อ-สกุลญาติที่ติดต่อกได้.....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ติดต่อกได้.....โทร.....

เพื่อประโยชน์ของท่าน โปรดระบุประวัติการแพ้ (ยา / อาหาร / สารเคมี / สารที่บ่งชี้)

ไม่เคยแพ้ แพ้(ระบุ).....

ประวัติการสูบบุหรี่ ไม่สูบ สูบ เคยสูบ ระยะเวลาที่สูบ.....ปี จำนวน.....มวน/วัน

ถ้าสูบ มีก้นกรอง ไม่มีก้นกรอง

ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่ดื่ม ดื่ม (ระบุชนิด).....

จำนวนที่ดื่ม.....แก้ว/วัน ระยะเวลาที่ดื่ม.....ปี

ประวัติการกินหมาก ไม่เคย เคย ระยะเวลา.....ปี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

- ข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีตรวจสอบจากฐานข้อมูลทะเบียนใดๆของรัฐฯ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพและข้อมูลประวัติของข้าพเจ้าเพื่อการมีเวชระเบียนและการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความจริงและอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าและบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบ ในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ
- ข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้ข้อมูลประวัติการรักษาของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการศึกษา วิจัย หรือการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลฯ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวแล้ว จึงลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ..... ผู้ป่วย ญาติ/ผู้นำส่ง

(.....)

หนังสือแสดงเจตนายินยอมการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์
และการรับบริการทางการแพทย์ผ่านระบบการรักษา/ปรึกษาทางไกล

ชื่อสถานพยาบาล.....โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.เวลา.....น.

1. ผู้แสดงเจตนา

- 1.1 ผู้ป่วย ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อายุปี
 เลขบัตรประจำตัวประชาชน ---
 ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่.....
 อื่นๆ เช่น หนังสือเดินทางเลขที่
วันออกบัตร/...../..... วันบัตรหมดอายุ...../...../.....
ออกให้โดย
- 1.2 ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวอายุ.....ปี
 เลขประจำตัวประชาชน ---
 ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่.....
 อื่นๆเช่นหนังสือเดินทางเลขที่.....
วันออกบัตร/...../..... วันบัตรหมดอายุ...../...../.....
ออกให้โดย.....
เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย

2. ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล/หน่วยบริการ ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ จากการรับบริการทางการแพทย์ รวมถึงการเข้ารับบริการผ่านระบบการรักษา/ปรึกษาทางไกล เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล/หน่วยบริการในเครือข่ายการให้บริการ โดยสามารถเชื่อมโยงและนำข้อมูลระดับบุคคลไปใช้ประโยชน์ในการบริการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้าแล้ว อาทิ ข้อมูลสัญญาณชีพ การวินิจฉัย การรักษา การทำหัตถการ ยา การแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพทางการแพทย์ เป็นต้น

3. หากข้าพเจ้ามอบหมายให้ผู้อื่น เข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และข้อมูลมีการเผยแพร่ไปสู่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง ในกรณีนี้ไม่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาล

4. สถานพยาบาลจะใช้ข้อมูลเพื่อการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรคของข้าพเจ้าเท่านั้น หากสถานพยาบาลนำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้ เพื่อการอื่นใดนอกเหนือจากการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรคของข้าพเจ้า ต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้า เว้นแต่การเปิดเผยตามที่กฎหมายบัญญัติหรือมีคำสั่งศาลให้เปิดเผย

5. ข้าพเจ้า ยินยอมให้เข้าถึงและเปิดเผยข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อประโยชน์การรักษาพยาบาล
 ขอใช้บริการ การเข้ารับบริการผ่านระบบการรักษา/ปรึกษาทางไกล

6. ข้าพเจ้า สามารถยกเลิกความยินยอมได้ แต่ไม่มีผลลบถึงความยินยอมและผลแห่งความยินยอม ซึ่งได้กระทำไปแล้วก่อนหน้านี้ โดยการยกเลิกความจำนองต้องมีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร

ลงชื่อ ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทน
(.....)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)