

Name: Room:
HN: Physician:
Visit Date: Department:
Birth Date: Age: Gender:
Allergies:
Side effect:
ID: EN: Blood group
Address:

**หนังสือความยินยอมในการรับการตรวจและรักษาทั่วไป
และความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ**

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว อายุ ปี
เลขประจำตัวบัตรประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง

ข้าพเจ้ารับทราบหน้าที่ของโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น ซึ่งประกอบกิจการโดยบริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) (เรียกรวมกันว่า “สถานพยาบาล”) ในการรักษาความลับข้อมูลด้านสุขภาพของท่านและเปิดเผยข้อมูลเท่าที่จำเป็นดังนี้

**หน้าที่ของสถานพยาบาลในการรักษาความลับข้อมูลด้านสุขภาพ
และการเปิดเผยข้อมูลเท่าที่จำเป็นเพื่อการตรวจรักษา**

สถานพยาบาลมีหน้าที่ตามกฎหมายในการรักษาความลับของข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของท่านโดยตรง หรือมีกฎหมายบัญญัติโดยเฉพาะให้สถานพยาบาลต้องเปิดเผย ดังนั้น เพื่อให้สถานพยาบาลสามารถให้บริการทางการแพทย์ให้ เป็นไปตามความประสงค์ของท่านโดยตรง สถานพยาบาลมีความจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านให้คณะแพทย์ พยาบาล และ/ หรือ บุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพของสถานพยาบาลทำการประมวลผลข้อมูลการตรวจรักษา วินิจฉัย รักษา และกระทำการใดๆ ตามหลัก วิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ในการตรวจและรักษาโรค โดยสถานพยาบาลจะรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลของท่านตามมาตราฐาน และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และท่านได้รับทราบเกี่ยวกับการประมวลผลค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาล และเข้าใจ เป็นอย่างดี

รับทราบ

ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาลให้บริการตรวจและรักษาทั่วไปกับข้าพเจ้า และให้สถานพยาบาลใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตาม วัตถุประสงค์ต่างๆ ดังนี้

1. ความยินยอมในการรับการตรวจและรักษาทั่วไป

ข้าพเจ้าสมัครใจให้คณะแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ และ/หรือ บุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพของสถานพยาบาลทำการตรวจ วินิจฉัย รักษาและกระทำการใดๆ ตามหลักวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ในการตรวจและรักษาโรคของข้าพเจ้า โดยข้าพเจ้าได้รับแจ้ง ข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการตรวจและรักษา และคำประกาศสิทธิผู้ป่วยอย่างเพียงพอและเข้าใจเป็นอย่างดี รวมถึงได้รับสำเนา คำ ประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยแล้ว

ยินยอม ไม่ยินยอม

2. ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวัตถุประสงค์ต่างๆ ดังนี้

2.1 เพื่อใช้สิทธิเรียกค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัยหรือใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากบุคคลที่สามซึ่งเป็นบุคคลหรือ นิติบุคคลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาลเปิดเผย และ/หรือส่งสำเนาข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่มีอยู่กับสถานพยาบาลให้บริษัทประกันภัย หรือผู้ ให้บริการบริหารจัดการสินไหมทดแทนของบริษัทประกันภัยนั้น เพื่อการปฏิบัติตามสัญญาที่ข้าพเจ้าหรือสถานพยาบาลได้ทำหรือจะทำได้กับ บริษัทประกันภัย รวมถึงบุคคลที่สามตามที่ข้าพเจ้าหรือสถานพยาบาลมีสัญญาต่อกัน หรือบุคคล นิติบุคคลหรือหน่วยงานไม่ว่าภาครรัฐ เอกชน หรือรัฐวิสาหกิจทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่เป็นผู้ส่งข้าพเจ้ามาตรวจรักษาที่สถานพยาบาลหรือเป็นผู้ชำระค่าบริการตรวจ รักษาของข้าพเจ้า

ยินยอม ไม่ยินยอม

Name: Room:
 HN: Physician:
 Visit Date: Department:
 Birth Date: Age: Gender:
 Allergies:
 Side effect:
 ID: EN: Blood group
 Address:

**หนังสือความยินยอมในการรับการตรวจและรักษาทั่วไป
 และความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย
 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ**

2.2 เพื่อให้ข้าพเจ้าและบุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาลในเครือข่าย¹ ที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาสมากรเข้าถึงข้อมูลการรักษายาบาลของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลในเครือข่าย ที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษ เพื่อประโยชน์ในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาลบริหารจัดการข้อมูลการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าเพื่อให้ข้าพเจ้าสามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลในเครือข่ายที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษ และให้บุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาลในเครือข่ายที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษสามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ข้าพเจ้า

ยินยอม ไม่ยินยอม

2.3 เพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาดของสถานพยาบาล

ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาลทำการเก็บรวบรวม ใช้ และประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวิเคราะห์สภาวะสุขภาพของข้าพเจ้า และติดต่อเพื่อสื่อสาร ส่งข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ และนำเสนอโปรโมชั่น สินค้าและบริการ

ยินยอม ไม่ยินยอม

จึงขอลงลายมือไว้เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำยืนยัน

ลายเซ็นผู้ป่วย _____ ชื่อผู้ป่วย _____ วันที่ _____ เวลา _____ น.
 (กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือ ให้ระบุนิ้ว..... ซ้าย ขวา) ผู้ป่วยมาคนเดียว (ตัวบรรจง)

ลายเซ็นพยาน _____ ชื่อพยาน _____ ความสัมพันธ์ _____ วันที่ _____ เวลา _____ น.
 (ฝ่ายผู้ป่วย) (กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือ ให้ระบุนิ้ว..... ซ้าย ขวา) (ตัวบรรจง) กับผู้ป่วย

ลายเซ็นพยาน _____ ชื่อพยาน _____ ตำแหน่ง _____ วันที่ _____ เวลา _____ น.
 (ฝ่ายโรงพยาบาล) (ตัวบรรจง)

ลายเซ็นผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วย _____ ชื่อแพทย์/ผู้ได้รับมอบหมาย _____ วันที่ _____ เวลา _____ น.
 (ตัวบรรจง)

โปรดระบุเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเซ็นยินยอมเพื่อรับการรักษได้ด้วยตนเองได้

- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ - ผู้ป่วยอายุไม่ครบ 20 ปี บริบูรณ์
- ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต _____
- อื่นๆ (โปรดระบุ) _____

ข้อความดังกล่าวข้างต้นได้ถูกอธิบายให้ผู้ที่มีอำนาจตามกฎหมายในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย (นามดังกล่าวข้างล่าง) ได้รับทราบ และแสดงความยินยอมเพื่อรับการรักษาดังกล่าวแล้ว

ลายเซ็นผู้แทนผู้ป่วย _____ ชื่อผู้แทนผู้ป่วย _____ วันที่ _____ เวลา _____ น.

¹ สถานพยาบาลในเครือข่าย หมายถึง สถานพยาบาลในกลุ่มหรือในเครือข่ายของบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) ทั้งที่ประกอบกิจการในประเทศไทยและในต่างประเทศ