

สำเนาฉบับ

ประกาศโรงพยาบาลลำพูน

เรื่อง หลักเกณฑ์การเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการขอสำเนาเวชระเบียน สำเนาเอกสาร หรือขอสำเนาเอกสารที่มีคำรับรองถูกต้อง และค่าบริการทางการแพทย์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา

.....

ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ. ๒๕๔๐ เวชระเบียน ประวัติสุขภาพ รายงานการแพทย์เป็นข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล ซึ่งโรงพยาบาลจะเปิดเผยข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยที่อยู่ในความควบคุมดูแลของตนต่อบุคคลอื่น หรือหน่วยงานของรัฐแห่งอื่น โดยปราศจากความยินยอมเป็นหนังสือของเจ้าของข้อมูลเวชระเบียนไม่ได้ เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามที่กฎหมายกำหนด ดังนั้น เพื่อให้การขอสำเนาเวชระเบียน สำเนาเอกสาร หรือขอสำเนาเอกสารที่มีคำรับรองถูกต้อง และค่าบริการทางการแพทย์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา ของโรงพยาบาลลำพูนเป็นไปด้วยความเรียบร้อยถูกต้อง ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ. ๒๕๔๐ และประกาศคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ เรื่องการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการขอสำเนาเวชระเบียนสำเนาเอกสาร หรือขอสำเนาเอกสารที่มีคำรับรองถูกต้อง และค่าบริการทางการแพทย์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา โรงพยาบาลลำพูนขอประกาศแจ้งหลักเกณฑ์การเรียกเก็บ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ เวชระเบียน หมายถึง เอกสารทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วยทั้งประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการแพ้ยา เอกสารยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ข้อมูลบ่งชี้เฉพาะของบุคคล การรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ผลจากห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

ข้อ ๒ บุคคลใดต้องการขอสำเนาเอกสาร หรือขอสำเนาเอกสารที่มีคำรับรองถูกต้อง และการบริการทางการแพทย์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา ได้แก่ สำเนาเวชระเบียนของผู้ป่วย ประวัติการรักษา ผู้ป่วยหรือรายงานทางการแพทย์ ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์ ชั้น ๑ อาคาร ๑๐๐ ปี สธ. โดยยื่นเอกสารหลักฐานตามแบบฟอร์มที่กำหนด (หนังสือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล, แบบยื่นคำขอประวัติการรักษาพยาบาล, หนังสือมอบอำนาจ (ถ้ามี)) และบุคคล ผู้มีสิทธิ ดังต่อไปนี้

๒.๑ บุคคลผู้เป็นเจ้าของข้อมูลเวชระเบียน

๒.๒ บุคคลผู้มีสิทธิดำเนินการแทนจะต้องได้รับมอบอำนาจเป็นหนังสือและต้องมีหนังสือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลจากเจ้าของข้อมูลเวชระเบียนด้วย หรือรวมถึง

๒.๒.๑ ในกรณีเจ้าของข้อมูลมีอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี บริบูรณ์ ให้บิดาหรือมารดา หรือผู้ใช้อำนาจปกครองมีสิทธิดำเนินการแทน

๒.๒.๒ ในกรณีเจ้าของข้อมูลเป็นบุคคลไร้ความสามารถ ให้ผู้อนุบาลมีสิทธิดำเนินการแทน

๒.๒.๓ ในกรณีเจ้าของข้อมูลเป็นบุคคลเสมือนไร้ความสามารถ ไม่สามารถยื่นคำร้องขอเพราะเหตุมีกายพิการหรือมีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบหรือมีเหตุอื่นทำนองเดียวกัน ให้ผู้พิทักษ์มีสิทธิดำเนินการแทน

๒.๒.๔ ในกรณีเจ้าของข้อมูลถึงแก่กรรม และมีได้ทำพินัยกรรมกำหนดไว้เป็นอย่างอื่น ให้บุคคลดังต่อไปนี้มีสิทธิดำเนินการแทนตามลำดับก่อนหลัง ดังนี้

๒.๒.๔ ในกรณีเจ้าของข้อมูลถึงแก่กรรม และได้ทำพินัยกรรมกำหนดไว้เป็นอย่างอื่น ให้บุคคลดังต่อไปนี้มีสิทธิดำเนินการแทนตามลำดับก่อนหลัง ดังนี้

- (๑) ผู้สืบสันดาน ได้แก่ บุตร (โดยชอบด้วยกฎหมาย, บุตรนอกกฎหมาย ที่บิดารับรองแล้ว) บุตรบุญธรรม, หลาน, เหลน, ลื้อ
- (๒) คู่สมรส
- (๓) บิดาหรือมารดา
- (๔) พี่น้องร่วมบิดามารดา
- (๕) พี่น้องร่วมบิดาหรือร่วมมารดาเดียวกัน
- (๖) คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ

ข้อ ๓ ให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูนพิจารณาอนุมัติการขอสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย ประวัติผู้ป่วยหรือรายงานทางการแพทย์ หากพิจารณาแล้วเห็นว่ามีความเหมาะสมสมควรไม่อนุมัติ ให้แจ้งผู้ขอทราบต่อไป

ข้อ ๔ ให้เจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน กลุ่มงานเวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์ เป็นผู้รับรองสำเนาถูกต้องของสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย ประวัติผู้ป่วยหรือรายงานทางการแพทย์

ข้อ ๕ การขอสำเนาเวชระเบียนของผู้ป่วย ประวัติการรักษาผู้ป่วยหรือรายงานทางการแพทย์ มีอัตราค่าธรรมเนียม ดังนี้

๕.๑ การขอสำเนาเวชระเบียนเพื่อไปรักษาต่อสถานพยาบาลอื่น (กรณีเป็นความประสงค์ของผู้ป่วยเอง) ค่าบริการ ๑๐๐ บาท/ครั้ง

๕.๒ การขอสำเนาเวชระเบียนเพื่อใช้ประกอบบริษัทประกันชีวิต ค่าบริการ ๒๐๐ บาท /ครั้ง

๕.๓ การขอสำเนาเวชระเบียนเพื่อใช้ประกอบพ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ค่าบริการ ๒๐๐ บาท /ครั้ง

๕.๔ การขอสำเนาเวชระเบียนเพื่อใช้ประกอบการเกณฑ์ทหาร ค่าบริการ ๒๐๐ บาท /ครั้ง

๕.๕ การขอใบรับรองแพทย์เพื่อวัตถุประสงค์อื่น ค่าบริการ ๒๐๐ บาท /ฉบับ

๕.๖ การขอภาพถ่ายรังสี/แผ่นซีดี/แผ่นดีวีดี บันทึกข้อมูล ค่าบริการ ๑๐๐ บาท /แผ่น

๕.๗ การจัดส่งสำเนาเวชระเบียนทางไปรษณีย์/อิเล็กทรอนิกส์ คิดค่าบริการ เพิ่มอีก ๑๐๐ บาท/ครั้ง

ข้อ ๖ การเปิดเผยข้อมูลเวชระเบียนกรณี โรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลเวชระเบียน ดังนี้

๖.๑ เปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐในหน่วยงานของตนเพื่อนำไปใช้ตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐแห่งนั้น

๖.๒ เป็นการให้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยโดยไม่ระบุชื่อหรือส่วนที่ทำให้รู้ว่าเป็นข้อมูลเวชระเบียนเกี่ยวกับบุคคลใด

๖.๓ เปิดเผยต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐเพื่อการป้องกันการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตาม
กฎหมาย การสืบสวน การสอบสวน หรือการฟ้องร้องคดี ไม่ว่าเป็นคดีประเภทใดก็ตาม

๖.๔ เป็นการให้ซึ่งจำเป็นเพื่อการป้องกันหรือระงับอันตรายต่อชีวิตหรือสุขภาพของบุคคล

๖.๕ เปิดเผยข้อมูลต่อศาล กรณีมีหมาย/คำสั่งศาล และต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือ
หน่วยงานของรัฐ หรือบุคคลที่มีอำนาจตามกฎหมาย ร้องขอข้อเท็จจริง แล้วแต่กรณี

ข้อ ๗ การดำเนินการนอกเหนือจากประกาศนี้ให้เป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ในการวินิจฉัยหรือสั่งการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙



(นางลดาวรรณ หาญไพโรจน์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

.....ร่าง
.....พิมพ์
.....ตรวจ

แบบคำร้องยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาล และมอบอำนาจ

โรงพยาบาลลำพูน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ด้วยข้าพเจ้า.....สกุล.....อายุ.....ปี

เกี่ยวข้องกับ

☐ เจ้าของประวัติ

☐ อื่น ๆ (ระบุ).....ในฐานะเป็นผู้รับมอบอำนาจ

มีความประสงค์ในการขอสำเนาประวัติการรักษา ประวัติผู้ป่วย หรือรายงานทางการแพทย์ ของ ☐ ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย
ชื่อ.....สกุล.....ตั้งรายการต่อไปนี้

☐ เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ☐ เวชระเบียนผู้ป่วยใน ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

นำเอกสารไปประกอบ ☐ เคลมประกันชีวิต ☐ สมัครประกันชีวิต กับบริษัท.....

☐ เพื่อนำไปใช้ประกอบหลักฐานทางกฎหมาย ☐ พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

☐ ของदनการตรวจเลือกเข้ารับราชการทหารกองประจำการ

☐ เพื่อนำไปรักษาต่อเนื่องที่อื่น โรงพยาบาล.....

ต้องการประวัติการรักษาเกี่ยวกับโรค.....

ช่วงเวลาที่ต้องการตรวจรักษา.....

☐ อื่นๆ ระบุ.....

โดยข้าพเจ้าได้นำหลักฐานมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ดังนี้.-

☐ สำเนาบัตรประชาชนเจ้าของประวัติ

☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน/ผู้แทนโดยชอบธรรม

☐ หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยประวัติการตรวจรักษา รายละเอียดการวินิจฉัยโรคต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ และมอบอำนาจให้ผู้แทน/ผู้แทนโดยชอบธรรม กระทำการแทนเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าให้กระทำด้วยตนเองทุกประการ หากข้าพเจ้านำประวัติการรักษาไปดำเนินการนอกเหนือจากวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในแบบคำร้องหนังสือยินยอมฉบับนี้ ซึ่งอาจเกิดผลเสียหายต่อโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง ข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะดำเนินการทางกฎหมายใดๆ ต่อผู้เปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า และยินยอมรับผิดชอบทุกประการและยินยอมชำระค่าธรรมเนียม ☒ จำนวน ๒๐๐ บาท ในการขอสำเนาประวัติการรักษาตามประกาศโรงพยาบาลลำพูน เรื่อง หลักเกณฑ์การเรียกเก็บค่าธรรมเนียมฯ ข้อ ๕ (๑) ส่วนกรณีขอสำเนาประวัติไปรักษาต่อเนื่องที่อื่น ชำระค่าธรรมเนียม ☒ จำนวน ๑๐๐ บาท ตามประกาศโรงพยาบาลลำพูน ข้อ ๕ (๒)

ลงชื่อ..... เจ้าของประวัติ/ผู้มีอำนาจ ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....) กระทำการแทน (.....)

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน
(.....) (.....)

ลายมือชื่อผู้รับเอกสาร.....
(.....)

ว/ด/ป.....

หมายเหตุ ถ้าผู้ยื่นคำร้องเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อเจ้าของประวัติ
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....