

หนังสือความยินยอมในการรับการตรวจและรักษาทั่วไปและความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวบัตรประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง.....ข้าพเจ้ารับทราบหน้าที่ของโรงพยาบาลมุกดาหารอินเตอร์เนชั่นแนล (เรียกรวมกันว่า “สถานพยาบาล”) ในการรักษาความลับข้อมูลด้านสุขภาพของท่านและเปิดเผยข้อมูลเท่าที่จำเป็นดังนี้

หน้าที่ของสถานพยาบาลในการรักษาความลับข้อมูลด้านสุขภาพ และการเปิดเผยข้อมูลเท่าที่จำเป็นเพื่อการตรวจรักษา

สถานพยาบาลมีหน้าที่ตามกฎหมายในการรักษาความลับของข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของท่าน โดยตรง หรือมีกฎหมายบัญญัติโดยเฉพาะให้สถานพยาบาลต้องเปิดเผย ดังนั้นเพื่อให้สถานพยาบาลสามารถให้บริการทางการแพทย์ให้เป็นที่มาความประสงค์ของท่านโดยตรง สถานพยาบาลมีความจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านให้คณะแพทย์ พยาบาล และ/ หรือ บุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพของสถานพยาบาล ทำการประมวลผลข้อมูลการตรวจรักษา วินิจฉัย รักษา และกระทำการใดๆ ตามหลัก วิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ในการตรวจและรักษาโรค โดยสถานพยาบาลจะรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลของท่านตามมาตรฐาน และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และท่านได้รับทราบเกี่ยวกับการประมวลผล ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาล และเข้าใจเป็นอย่างดี

รับทราบ

ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาลให้บริการตรวจและรักษาทั่วไปกับข้าพเจ้า และให้สถานพยาบาลใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตามวัตถุประสงค์ต่างๆ ดังนี้

1. ความยินยอมในการรับการตรวจและรักษาทั่วไป ข้าพเจ้าสมัครใจให้คณะแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ และ/หรือ บุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพของสถานพยาบาลทำการตรวจ วินิจฉัย รักษาและกระทำการใด ตามหลักวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ในการตรวจและรักษาโรคของข้าพเจ้า โดยข้าพเจ้าได้รับแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการตรวจและรักษา และค่าประกาศสิทธิผู้ป่วยอย่างเพียงพอและเข้าใจเป็นอย่างดี

ยินยอม ไม่ยินยอม

2. ความยินยอมในการเก็บรวบรวมใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวัตถุประสงค์ต่างๆ ดังนี้

2.1 เพื่อใช้สิทธิเรียกค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทประกันภัยหรือใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากบุคคลที่สามซึ่งเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาลเปิดเผย และ/หรือส่งสำเนาข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่มีอยู่กับสถานพยาบาลให้บริษัทประกันภัย หรือผู้ให้บริการบริหารจัดการสินไหมทดแทนของบริษัทประกันภัยนั้น เพื่อการปฏิบัติตามสัญญาที่ข้าพเจ้าหรือสถานพยาบาลได้ทำหรือจะทำได้กับบริษัทประกันภัย รวมถึงบุคคลที่สามตามที่ข้าพเจ้าหรือสถานพยาบาลมีสัญญาต่อกัน หรือบุคคล นิติบุคคลหรือหน่วยงานไม่ว่าภาครัฐ เอกชน หรือรัฐวิสาหกิจทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่เป็นผู้ส่งข้าพเจ้ามาตรวจรักษาที่สถานพยาบาลหรือเป็นผู้ชำระค่าบริการตรวจ รักษาของข้าพเจ้า

ยินยอม ไม่ยินยอม

2.2 เพื่อให้ข้าพเจ้าและบุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาลในเครือข่ายที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาส่งข้อมูล
การรักษายาบาลของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลในเครือข่าย ที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาส่งข้อมูลการรักษายาบาลของข้าพเจ้า เพื่อให้ข้าพเจ้า
สามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษายาบาลของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลในเครือข่ายที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาส่งข้อมูลการรักษายาบาลของข้าพเจ้า
เพื่อให้บุคลากร
ทางการแพทย์ของสถานพยาบาลในเครือข่ายที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาส่งข้อมูลการรักษายาบาลของข้าพเจ้า
เพื่อให้บุคลากร
ทางการแพทย์ของสถานพยาบาลในเครือข่ายที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาส่งข้อมูลการรักษายาบาลของข้าพเจ้า

ยินยอม ไม่ยินยอม

2.3 เพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาดของสถานพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาลทำการเก็บรวบรวมใช้ และประมวลผล
ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวิเคราะห์สภาวะสุขภาพของข้าพเจ้า และติดต่อ เพื่อสื่อสาร ส่งข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ และนำเสนอ
โปรโมชั่น สินค้าและบริการ

ยินยอม ไม่ยินยอม

2.4 เพื่อวัตถุประสงค์ทางการเงินการบัญชีการตรวจสอบบัญชีและการตรวจสอบภายในของสถานพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมให้
สถานพยาบาลทำการเก็บรวบรวมใช้ และประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวิเคราะห์และตรวจสอบ ความถูกต้องครบถ้วนด้าน
ข้อมูลด้านการเงินการบัญชี รวมถึงการตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอก

ยินยอม ไม่ยินยอม

จึงขอลงลายมือไว้เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำยืนยัน

ลงชื่อผู้ป่วย.....ชื่อผู้ป่วย.....วันที่/...../.....

กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือ ชาย ขว

ลงชื่อพยาน (ถ้ามี).....ชื่อพยาน.....วันที่/...../.....

กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือ ชาย ขว

ลงชื่อเจ้าหน้าที่ชื่อเจ้าหน้าที่วันที่/...../.....

โปรดระบุเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถลงชื่อยินยอมเพื่อรับการรักษาด้วยตนเองได้

- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ - ผู้ป่วยอายุไม่ครบ 15 ปีบริบูรณ์
- ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ระบุ.....
- อื่นๆ (โปรดระบุ)

ข้อความดังกล่าวข้างต้นได้ถูกอธิบายให้ผู้ที่มีอำนาจตามกฎหมายในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย (นามดังกล่าวข้างล่าง) ได้รับทราบ และแสดง
ความยินยอมเพื่อรับการรักษาดังกล่าวแล้ว

ลงชื่อผู้แทนผู้ป่วย.....ชื่อผู้แทนผู้ป่วย.....วันที่...../...../.....