



คำร้องขอประวัติการรักษา (มอบอำนาจ) กรณี ญาติสายตรง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (ผู้ป่วย) (นาย/นาง/นางสาว).....

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ไม่สามารถมาดำเนินการด้วยตัวเองได้ เนื่องจาก.....

จึงมอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว).....เกี่ยวข้องเป็น.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจ ขอสำเนาประวัติการรักษาพยาบาล (ผู้ป่วยนอก)

ขอสรุปประวัติการรักษาพยาบาล (ผู้ป่วยใน)

ซึ่งได้เข้าการรักษา ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....เพื่อ

- ประกอบการรักษาพยาบาล
- ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- ประกอบเป็นหลักฐานบริษัทประกัน
- อื่นๆ (ระบุ).....

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....แพทย์เจ้าของไข้

(.....)

ตำแหน่ง.....

