



โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร  
Naresuan University Hospital

แบบขอรับบริการข้อมูลตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....เป็น (.....) ผู้ป่วย (.....) ญาติผู้ป่วย เกี่ยวข้องเป็น.....  
(.....) เจ้าหน้าที่ของรัฐ/ตัวแทนประกันบริษัท

ด้วยสิทธิรักษา (.....) บัตรทอง (.....) เบิกจ่ายตรง (.....) ประกันสังคม (.....) ชำระเงิน (.....) อื่นๆ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอรับบริการข่าวสาร เรื่อง (.....) ประวัติการรักษา (.....) ใบคลุมประกันชีวิต (.....) ใบรับรองแพทย์ย้อนหลัง (.....) อื่นๆ โปรดระบุ.....

เพื่อใช้ในการ (.....) รักษาต่อ..... (.....) เบิกประกันบริษัท/หน่วย/งาน.....

(.....) ทำประกันชีวิต บริษัท/หน่วย/งาน..... (.....) อื่นๆระบุ.....

ของผู้ป่วย ชื่อ.....ได้เข้าทำการรักษาพยาบาลเมื่อวันที่.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....

ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารสิทธิการขอรับบริการข้อมูลข่าวสาร ดังนี้

(.....) บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา (.....) สำเนาทะเบียนบ้าน (.....) ใบมอบฉันทะจากผู้ป่วย ตามแบบ วบ .4 (กรณีผู้ป่วยไม่ได้เป็นผู้ขอ)

(.....) อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอ  
(.....)

ได้แจ้งให้ผู้ขอรับทราบและเข้าใจแล้ว หากผู้ขอไม่เห็นด้วยกับคำสั่งนี้  
ผู้ขอมีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูล  
ข่าวสาร สำนักนายกรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล กทม 10300  
ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับทราบคำสั่ง

ลงชื่อ.....  
(.....)

เจ้าหน้าที่เวชระเบียน  
ผู้รับเรื่อง

ลงชื่อ.....  
(.....)

ผู้ขอ/ผู้รับทราบ

- ( ) ครอบงวนญาติให้ข้อมูลข่าวสารที่ขอ
- ( ) ไม่ควรอนุญาตเนื่องจาก
- ( ) เป็นข้อมูลที่ไม่ต้องเปิดเผยตามมาตรา 14  
ความเห็น.....
- ( ) ไม่อาจดำเนินการได้เนื่องจาก.....
- ( ) ค่าขอไม่ชัดเจน ( ) ขอบ่อยครั้ง
- ( ) ขอจำนวนมากเกินไป

ลงชื่อ.....  
(.....)

แพทย์เจ้าของไข้

(.....) อนุมัติ (.....) ไม่อนุมัติ เพราะ.....  
วันที่.....

ลงชื่อ.....

ผู้อนุมัติ

นายแพทย์พิเศษฐ์ วัฒนไพโรจน์รัตน์  
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีคณะแพทยศาสตร์