



## หนังสือแสดงเจตนายินยอมการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล

### และการเข้ารับบริการทางแพทย์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

#### 1. ผู้แสดงเจตนา

ผู้ป่วย ข้าพเจ้า นาย/นาย/นางสาว .....อายุ ..... ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ .....

อื่น ๆ เช่น หนังสือเดินทางเลขที่ (passport number) .....

วันออกบัตร ..... / ..... / ..... วันบัตรหมดอายุ ..... / ..... / .....

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

เลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

เกี่ยวข้องกับ ..... ของผู้ป่วย

ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวเลขที่ .....

อื่น ๆ เช่นหนังสือเดินทางเลขที่ (passport number) .....

วันออกบัตร ..... / ..... / ..... วันบัตรหมดอายุ ..... / ..... / .....

2. ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลจากการรับบริการทางการแพทย์ รวมถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ทั้งรูปแบบเอกสารและรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ เช่น โครงการพัฒนาระบบระเบียบสุขภาพส่วนบุคคล บริการทางการแพทย์ผ่านระบบการรักษา / ปรึกษาทางไกล และระบบบริการ อื่น ๆ เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างโรงพยาบาล / หน่วยบริการในเครือข่ายการให้บริการ โดยสามารถเชื่อมโยงและนำข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้ ประโยชน์ในการบริการดูแลสุขภาพของข้าพเจ้า อาทิ ข้อมูลสัญญาณชีพ การวินิจฉัย การรักษา การทำหัตถการ ข้อมูลยา การแพ้ยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพทางการแพทย์ เป็นต้น

3. หากข้าพเจ้ามอบหมายให้ผู้อื่นเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและข้อมูลมีการเผยแพร่ ไปสู่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องในกรณีนี้ไม่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล

4. โรงพยาบาลจะใช้ข้อมูลเพื่อการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรคของข้าพเจ้าเท่านั้น หากโรงพยาบาลนำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้ เพื่อการอื่นใดนอกเหนือจากการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรคของข้าพเจ้า ต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้า เว้นแต่การเปิดเผยตามที่กฎหมายบัญญัติหรือมีคำสั่งศาลให้เปิดเผย

5. ความยินยอมการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลและเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

5.1 ข้าพเจ้ายินยอมให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์การบริการทางการแพทย์ บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ ของโรงพยาบาลทั้งรูปแบบเอกสารและรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

ยินยอม  ไม่ยินยอม\*

5.2 ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูล / ส่งข้อมูล / ทางอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อการรักษาพยาบาล แก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และสถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาได้

ยินยอม  ไม่ยินยอม

6. ข้าพเจ้าสามารถยกเลิกความยินยอมได้ แต่ไม่มีผลบล้างความยินยอมและผลแห่งความยินยอม ซึ่งได้กระทำไปแล้วก่อนหน้านั้น โดยการยกเลิกความจำนงต้องมีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร

ลงชื่อ ..... ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทน  
(.....)

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล  
(.....)

ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ ..... พยานฝ่ายผู้ป่วย  
(.....)

ลงชื่อ ..... พยานฝ่ายโรงพยาบาล  
(.....)

ตำแหน่ง .....

กรณี ไม่มีพยานฝ่ายผู้ป่วยให้ระบุเหตุผล

**หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยได้แก่**

1. ผู้ป่วยกรณีบรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
2. สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย และฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สีกตัว)
3. ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ
4. ผู้อนุญาต กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ
5. ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ

**ไม่ยินยอม\*** ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาล แต่ในกรณีที่ต้องใช้ข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล (ส่งต่อ) เพื่อการรักษา หรือกรณีฉุกเฉินหรือกรณีพิเศษ สถานพยาบาลต้องให้ผู้ป่วย/ผู้ให้คำยินยอมอนุญาตก่อนมีการส่งข้อมูลตามระบบปกติ

บริการทางการแพทย์และด้านสาธารณสุขในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ หมายถึง การบริการที่สามารถติดต่อสื่อสารและเชื่อมโยงกระบวนการรักษาในรูปแบบทางออนไลน์ในรูปแบบแพลตฟอร์มหรือแอปพลิเคชัน เช่น การรับคำปรึกษา การสอบถามอาการเพื่อวินิจฉัยอาการขั้นต้น การสั่งจ่าย-รับยา การติดตามการรักษาต่อเนื่อง การเช็คสิทธิรักษาพยาบาลหรือประวัติการรักษา