



Hospital's Name

MEDICAL RECORD APPLICATION FORM

Patient's Personal Data

Prefix / Position..... Name..... Gender ☐ Male ☐ Female
Passport Number / Expatriate..... Date of Birth..... Age

Marital ☐ Single ☐ Married ☐ Wido ☐ Divorced ☐ Separate ☐ Priest

Blood Group ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O/ Rh ... ☐ Unknown Nationality..... Ethnic..... Religion.....

Address District Province.....

Postal Code Telephone..... Mobile..... E- Mail

Office Address Telephone.....

Contract Person in case of Emergency (Please Specify) Relationship ☐ Father/Mother ☐ Guardian ☐ Child ☐ Spouse ☐ Friend ☐ Employer
☐ Others (Please Specify)..... Contract Address Telephone

Drug Allergy ☐ Unknown ☐ No ☐ Yes (Please Specify)

Insurance Type ☐ No ☐ Yes (Please Specify Contact Name)

I hereby certify that my personal data given to the medical record of **Hospital's Name** are true and correct. I also give permission to **your Hospital's Name** to take my picture in order to keep as a record and for medical purpose. If any incorrect or fault data are found, I will be solely responsible for all damages and negative consequences that may cause to any third party.

Signature..... ☐ Patient / ☐ Legal guardian or relative of the patient (Please Specify)

Consent for Outpatient Treatment/Service and Basic Rights Acknowledgement

I agree voluntarily give a physician / dentist, medical staff and / or other health staff of **your Hospital's Name** to examine, diagnosis, treat, perform any acts for outpatients under the medical profession and disclose my treatment information to the health care team members of **your Hospital's Name** and all concerned who need to access my information. I have acknowledged the declaration of the patient's right and duty, the right to ask about treatment, the right to know other treatment options necessary for health and the right to know the treatment result and other adverse effects. (This consent does not include an operation and other surgeries that require and additional consent.) and understand well. I have acknowledged and understand well about the patient's right and duty declaration.

Sign Hospital staff
(.....) Date

Sign.....Patient
(.....) Date

In case the physical condition does not allow the patient to give consent : The information has been explained to a legal guardian in authority making decision and giving consent for the treatment.

Name of Person in Authority Relative of the Patient (Please Specify)

Identification Card/ Driver's License/ Others (Please Specify).....No.....Date Expiry.....

Address (Address ID).....

District.....Province.....

The reason that the patient cannot make decision by himself/herself. ☐ Below 20 Years ☐ Other Physical or Psychological Defects.....

Remark: Person in authority making decision on the patient's behalf means the legal representative of a minor (below 20 years of age or not reaching his/her legal age by registering a marriage), the curator of an incompetent person (insanity) ordered by the court of law, the quasi-incompetent person (physical disability / mental infirmity, etc.) ordered by the court of law, the spouse/ the ascendant and/or the descendant under the Civil and Commercial code.

Interpretation and the Information Given by the Interpreter

I have interpreted the letter of consent for outpatient treatment and the information explained to the patient by the physician in (language)

Interpreter's Name..... Interpreter's Signature..... Date.....



Patient's Right Declaration

To ensure that the relationship between the health practitioners and the patient is on the basis of good understanding and trust, the Medical Council of Thailand, the Nursing Council, the Dental Council and the Medical Profession Control Committee jointly announce the patient's rights as follows:

1. All patients have basic rights to receive health services under the constitution.
2. Patients have the right to receive services from health practitioners without bias regardless of their statuses, races, nationalities, religions, social statuses, political doctrines, genders, ages and characteristics of illness.
3. Patients receiving health services have the right to receive sufficient information and clear understanding from health practitioners, so that they can make decision to allow or not to allow health practitioners to act for them except an urgent or unavoidable case.
4. Patients who are in life-threatening conditions have the right to receive urgent assistance from health practitioners immediately based on the necessity of each case and whether the patients make requests or not.
5. Patients have the right to know names, surnames and types of health practitioners providing services to them.
6. Patients have the right to seek the second opinion and change the service provider and location.
7. Patients have the right to have their information kept confidential strictly by health practitioners unless consent is given by the patients, or the disclosure is made by the law.
8. Patients have the right to know all of the information for making decision to participate in or withdraw from being test samples in researches made by health practitioners.
9. Patients have the right to know about their own treatments kept at the Medical Record upon request. However, such treatment information must not violate other people's personal rights.
10. A father, mother or legal representative can exercise the right on behalf of child patients under eighteen years of age and patients with physical or psychological disabilities who cannot exercise the right by themselves.

Patient's Duties

1. Fully disclose patients' health information.
2. Cooperate in medical check-ups and surgeries.
3. Observe the rights of personnel in the organization and of other patients.
4. Comply with the policy and the rules and regulations of the organization in relation with smoking, infection control and prevention and patients' environment protection.
5. Follow the suggestions for self care, medication usage and appointment for medical examination

แปลแบบไทย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำนามหน้าชื่อ/ยศ/ตำแหน่ง ชื่อ นามสกุล เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
 ชื่อ นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) เลขที่บัตรประชาชน
 วัน เดือน ปีเกิด อายุ ปี เดือน อาชีพ
 สถานภาพ ☐ โสด ☐ คู่ / สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า ☐ แยกกันอยู่ ☐ สมณะ / นักบวช
 เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา หมู่เลือด ☐ เอ ☐ บี ☐ เอบี ☐ โอ Rh ☐ ไม่ทราบ
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ /เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ
 อีเมลล์ สถานที่ทำงาน โทรศัพท์
 บุคคลที่ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน ชื่อ-สกุล
 เกี่ยวข้องเป็น ☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้ปกครอง ☐ บุตร ☐สามี/ภรรยา ☐ เพื่อน ☐ นายจ้าง ☐ อื่นๆ (ระบุ)
 ที่อยู่ โทรศัพท์
 ประวัติการแพ้ยา ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่แพ้ ☐ เคยแพ้ยา โปรดระบุ
 สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ☐ ราชการ/ประกันสังคม/ประกันสุขภาพ ☐ บริษัทที่ทำงาน ☐ บริษัทประกัน ระบุ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นทั้งหมดนี้ถูกต้องกับความจริงทุกประการ และยินยอมให้โรงพยาบาลวิภาวดีตรวจสอบจากฐานข้อมูลทางทะเบียนใด ๆ ของรัฐฯ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพของข้าพเจ้า เพื่อการมีเวชระเบียนและการตรวจรักษา หากมีการตรวจพบว่า ข้อความใดไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความจริงและอาจจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

การยินยอมรับการรักษา/รับบริการ เป็นผู้ป่วยนอกและรับทราบสิทธิขั้นพื้นฐาน

ข้าพเจ้ายินยอมโดยสมัครใจให้แพทย์ / ทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และ/หรือบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพของโรงพยาบาลวิภาวดี ทำการตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษา และกระทำการใด ๆ แบบผู้ป่วยนอกตามหลักวิชาชีพทางการแพทย์ เปิดเผยข้อมูลการรักษาของข้าพเจ้า ให้แก่ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลวิภาวดีและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีความจำเป็นในการเข้าถึงข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงคำประกาศสิทธิผู้ป่วย/หน้าที่ผู้ป่วย และสิทธิที่จะซักถามข้อสงสัยอันเนื่องมาจากการรักษา และสิทธิที่จะรับวิธีการตรวจรักษาทางเลือกอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพ ตลอดจนผลการรักษา รวมทั้งอาการไม่พึงประสงค์หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ (คำยินยอมนี้ไม่รวมถึงการรักษาแบบผู้ป่วยใน การผ่าตัด และหัตถการอื่น ๆ ที่ต้องแสดงความยินยอมเพิ่มเติม) และเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจเป็นอย่างดีแล้วถึงคำประกาศสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วย

ลงชื่อ ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ ผู้ป่วย
 (.....) วันที่ (.....) วันที่

กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติ : ข้อความดังกล่าวได้ถูกอธิบายให้ผู้ที่มีอำนาจตามกฎหมายในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้รับทราบและแสดงความยินยอมเพื่อรับการรักษา

ชื่อผู้แทนผู้ป่วย ลายเซ็นผู้แทนผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 บัตรประจำตัวประชาชน / ใบอนุญาตขับรถ / บัตรอื่น ๆ (ระบุ) เลขที่ วันที่บัตรหมดอายุ
 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด
 สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเซ็นยินยอมด้วยตนเองได้ ☐ ผู้ป่วยอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ ☐ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต อื่น ๆ

หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย หมายถึง ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 20 ปี หรือไม่ได้บรรลุนิติภาวะโดยจดทะเบียนสมรส), ผู้ดูแลของ ผู้ไร้ความสามารถ (วิกลจริต) ซึ่งศาลสั่ง, ผู้พิทักษ์ของบุคคลผู้เสมือนไร้ความสามารถ (กายพิการ / จิตฟั่นเฟือน ฯลฯ) ซึ่งศาลสั่ง, คู่สมรส / บุพการี และหรือ ผู้สืบสันดานตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

การแปลและให้ข้อมูลโดยผู้แปลภาษา

ข้าพเจ้าได้แปลหนังสือแสดงความยินยอมรับการรักษานี้เป็นผู้ป่วยนอก รวมทั้งข้อมูล ซึ่งแพทย์ได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบในภาษา
 ชื่อผู้แปล ลายเซ็นผู้แปล วันที่

คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย

เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐานเข้าใจอันดี และเป็นที่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน แพทยสภา สมาคมพยาบาล สมาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยไว้ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตนเว้นแต่เป็นการช่วย เหลือรับด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรับด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น
10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

หน้าที่ผู้ป่วย

1. การเปิดเผยข้อมูลสุขภาพโดยผู้ป่วยอย่างเต็มที่
2. ความร่วมมือระหว่างการตรวจร่างกายและการทำหัตถการ
3. ให้ความเคารพต่อบุคลากรในองค์กรและผู้ป่วยอื่น
4. ให้ความเคารพต่อนโยบายและระเบียบปฏิบัติขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ การป้องกัน และ ควบคุมการติดเชื้อ และสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย
5. ปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนเอง รวมทั้ง การใช้ยาและการมาตรวจตามนัด