



หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....หมายเลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก.....

ให้ความยินยอม โรงพยาบาลหนองฉาง แจ้งรายละเอียดประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ของข้าพเจ้า

ชื่อ.....กำหนดหน่วยงาน/บุคคล ชื่อ.....

เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาในการ.....

.....

.....

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

หมายเหตุ : ด้านล่างเป็นสำเนาบัตรประชาชน

บัตรประชาชน