

เอกสารประกอบการลงทะเบียนผู้ป่วย รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน										สังกัด	
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	<input type="radio"/> ข้าราชการ ทอ. <input type="radio"/> บำนาญ ทอ. <input type="radio"/> ครอบครัว ทอ. <input type="radio"/> ข้าราชการ ทบ,ทร,ตร <input type="radio"/> ข้าราชการพลเรือน <input type="radio"/> พลเรือน <input type="radio"/> อื่นๆ ระบุ	
เลขที่ใบต่างด้าว / Passport										หมู่เลือด	
คำนำหน้าชื่อ <input type="radio"/> นาย <input type="radio"/> นาง <input type="radio"/> นางสาว <input type="radio"/> ด.ช. <input type="radio"/> ด.ญ. <input type="radio"/> อื่นๆ											
(ภาษาไทย)	ชื่อ..... สกุล.....										
(ภาษาอังกฤษ)	First name Last name										
วัน/เดือน/ปี เกิด / / อายุ ปี										
เพศ <input type="radio"/> ชาย <input type="radio"/> หญิง เชื้อชาติ สัญชาติ..... ศาสนา										หมู่เลือด	
สถานภาพสมรส <input type="radio"/> โสด <input type="radio"/> สมรส <input type="radio"/> หย่า <input type="radio"/> หม้าย อาชีพ											
ชื่อ/สกุลบิดาผู้ป่วย..... ชื่อ/สกุลมารดาผู้ป่วย										โทรศัพท์	
ชื่อ/สกุล <input type="radio"/> สามัญผู้ป่วย <input type="radio"/> ภรรยาผู้ป่วย											
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้										โทรศัพท์	
บ้านเลขที่ หมู่ ซอย										บ้าน	
ถนน ตำบล/แขวง										มือถือ	
อำเภอ/เขต จังหวัด										โทรศัพท์	
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน <input type="radio"/> เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน											
บ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน											
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด										โทรศัพท์	
ผู้ที่ติดต่อกรณีฉุกเฉิน หมายถึง ญาติหรือผู้ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน											
ชื่อ/สกุล เกี่ยวข้องเป็น ของผู้ป่วย											
บ้านเลขที่ หมู่ ซอย											
ถนน ตำบล/แขวง										บ้าน	
อำเภอ/เขต จังหวัด										มือถือ	
ประวัติการแพ้ (เช่น ยา อาหาร สารเคมี)							โรคประจำตัว				
<input type="radio"/> แพ้ <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> ไม่ทราบ										
(ระบุชื่อ และอาการที่แพ้)				
<p align="center">ข้าพเจ้ายินยอมให้ รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. และสถานพยาบาลสังกัดกรมแพทย์ทหารอากาศ จัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเข้ารับบริการ ข้อมูลการติดต่อ เพื่อใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการตรวจรักษา รวมถึงการส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบทะเบียนสุขภาพส่วนบุคคล และยินยอมให้มีการเปิดเผยข้อมูล ส่งออกข้อมูล เพื่อการรักษา เบิกค่ารักษา ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข หน่วยงาน หรือเจ้าพนักงานที่มีอำนาจหน้าที่ตรวจสอบประวัติ และยินยอมให้มีการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลในภาพรวม เพื่อใช้ในการจัดบริการสุขภาพ การวิจัยทางการแพทย์ หาก รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. และสถานพยาบาลสังกัดกรมแพทย์ทหารอากาศ นำข้อมูลของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการอื่นใดอันไม่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล ต้องได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้า ยกเว้นเป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ หรือมีคำสั่งศาลให้เปิดเผย และข้าพเจ้าสามารถยกเลิกความยินยอมให้โดยการยกเลิกนั้นต้องมีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร</p> <p align="center">ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้โรงพยาบาลตรวจสอบความถูกต้องของข้าพเจ้า หากมีข้อมูลใด ๆ ไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความจริง และอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือ บุคคลอื่นข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ</p>											
ลงชื่อ				<input type="radio"/> ผู้ป่วย <input type="radio"/> ญาติผู้ป่วย <input type="radio"/> ผู้นำส่ง				วันที่			
(.....)				วัน						