

หนังสือแสดงความยินยอมที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจ

- วันเริ่มรับการรักษา วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____
- ผู้เอาประกันภัย (ผู้ป่วย)
(ชื่อผู้เอาประกันภัย) _____
(ที่อยู่) _____
(วันเดือนปีเกิด) วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____

เรียน ที่ทำการเมือง นะอะ
ข้าพเจ้า (ผู้ได้รับการรักษาพยาบาล) _____ และ
หัวหน้าครอบครัวของข้าพเจ้า _____
ขอยินยอมให้ _____ พนักงานของที่ทำกรเมืองของท่าน _____ หรือ
ซึ่งได้รับมอบหมายจากที่ทำกรเมือง โดยดำเนินการสอบถามผู้ที่ให้การรักษา
และยินยอมที่จะให้ข้อมูลเมื่อมีการสอบถามจากผู้ที่เกี่ยวข้อง(รวมถึงการมอบ
หมายต่อช่วง) _____ จากข้อมูลเอกสารคำร้องที่ยื่นมา
เพื่อตรวจสอบข้อมูลรายละเอียดข้อเท็จจริงของหนังสือคำร้องขอคำรักษาพยาบาล
ในต่างประเทศ เช่น _____ วันเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล
สถานที่และรายละเอียดของการรักษาพยาบาล
และในกรณีที่จำเป็นต้องใช้สำเนาหนังสือเดินทางเพื่อยืนยันข้อมูลดังกล่าวข้าง
ต้น ก็จะยินยอมส่งมอบหนังสือเดินทางให้แก่เมือง

การลงนาม · ประทับตรา

ให้ผู้เอาประกันภัยที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ลงนามและประทับตรา
อย่างไรก็ตามในกรณีดังต่อไปนี้ ผู้ปกครอง
(กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์) _____ ผู้ปกครองผู้ใหญ่
(กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ใหญ่ที่ต้องได้รับการปกครอง)
ทายาทโดยธรรม _____ (กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต)
จะเป็นผู้ลงนามและประทับตรา

(ลายมือชื่อ) _____ ๒๒
(ที่อยู่) _____
(วันที่) วันที่ _____ เดือน _____ ปี _____
(ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย) : ตัวผู้ป่วยเอง • ผู้ปกครอง •
ทายาทโดยธรรม • อื่นๆ
※ หนังสือแสดงความยินยอมนี้มีอายุ 6 เดือนนับจากวันที่ลงนาม

อนึ่ง ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐ องค์กรท้องถิ่น หรือ สถาบันทางการแพทย์ ขอเอกสาร
เช่น _____ หนังสือยินยอม _____ หรือ _____ หนังสือมอบอำนาจ
เราอาจจะขอให้กรอกหัวข้อที่จำเป็นในเอกสารที่กำหนด