คู่มือสำหรับประชาชน

งานที่ให้บริการ	**การขอเข้าถึงกล้องโทรทัศน์วงจรปิด**
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	**กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลลับแล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์**

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ	**ระยะเวลาเปิดให้บริการ**
กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โทรศัพท์ : ๐ ๕๕๔๓ ๑๓๔๕ , ๐ ๕๕๔๓ ๑๙๗๖ ๐ ๕๕๔๓ ๒๑๐๑ , ๐ ๕๕๔๓ ๒๑๐๔ ต่อ ๓๔๐ โทรสาร : ๐ ๕๕๔๓ ๑๘๒๓	วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้น วันหยุดราชการ วันหยุดที่ทางราชการกำหนด และวันนักขัตฤกษ์) ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. และ ๑๓.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

ด้วยสภาพถนนหน้าโรงพยาบาลลับแลมีลักษณะโค้งและเป็นเนินทำให้ทัศนวิสัยในการมองเห็นขณะขับรถไม่ดีและไม่มีลูกระนาดเพื่อชลอความเร็วจึงทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง อีกทั้งภายในโรงพยาบาลก็พบปัญหาผู้มารับบริการถอยรถชนคันอื่นจนได้รับความเสียหาย ทางโรงพยาบาลลับแลจึงได้เล็งเห็นความสำคัญในเหตุการณ์ดังกล่าว จึงได้ติดตั้งกล้องโทรทัศน์วงจรปิดภายในอาคารและนอกอาคารในบริเวณที่มีความเสี่ยง เพื่อช่วยหาแนวทางในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ประสพเหตุและเจ้าหน้าที่ตำรวจในการประกอบคดี

ขั้นตอนและระยะการให้บริการ

ขั้นตอน	**หน่วยงานผู้รับผิดชอบ**
๑. ผู้รับบริการยื่นแบบขอเข้าถึงกล้องโทรทัศน์วงจรปิด (ระยะเวลา ๐.๕ วัน)	กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์
๒. เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล ลงนามแบบขอเข้าถึงกล้องโทรทัศน์วงจรปิด (ระยะเวลา ๐.๕ วัน)	กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์
๓. อนุมัติลงนามแบบขอเข้าถึงกล้องโทรทัศน์วงจรปิด (ระยะเวลา ๐.๕ วัน)	กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์
๔. คัดลอกไฟล์ลงใน CD / DVD / VDO (ระยะเวลา ๐.๕ วัน)	กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น ไม่เกิน ๒ วัน

รายการเอกสารหลักฐานประกอบ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้	
๑. แบบขอเข้าถึงกล้องโทรทัศน์วงจรปิด	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. CD / DVD / VDO	จำนวน ๑ ชุด

ค่าธรรมเนียม

ไม่เสียค่าธรรมเนียม

การรับเอกสาร

ถ้าการให้บริการเป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้น สามารถติดต่อเพื่อรับ CD / DVD / VDO
ได้ที่กลุ่มงานประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลลับแล
โทรศัพท์ : ๐ ๕๕๔๓ ๑๓๔๕ , ๐ ๕๕๔๓ ๑๙๗๖ , ๐ ๕๕๔๓ ๒๑๐๑ , ๐ ๕๕๔๓ ๒๑๐๔ ต่อ ๓๔๐
โทรสาร : ๐ ๕๕๔๓ ๑๘๒๓

ตัวอย่างแบบฟอร์ม

แบบขอเข้าถึงกล้องโทรทัศน์วงจรปิด

ส่วนราชการ โรงพยาบาลลับแล กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ โทร ๐ ๕๕๔๓ ๑๓๔๕ ,๐ ๕๕๔๓ ๑๙๗๖ ต่อ ๓๔๐

ที่ อต ๐๐๓๒.๓๐๗.๑๐/..... **วันที่**.....

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าถึงกล้องโทรทัศน์วงจรปิด

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ตำแหน่ง..... สังกัด/ที่อยู่.....

..... หมายเลขโทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอความอนุเคราะห์เข้าถึงกล้องโทรทัศน์วงจรปิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เพื่อใช้สำหรับ.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นผู้อำนวยการ

.....

.....

.....

(นายกิตติพงศ์ อุบลสะอาด)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล

หมายเหตุ ได้รับโปรแกรมการดูกล้องโทรทัศน์วงจรปิด พร้อม File CD / DVD / VDO เรียบร้อยแล้ว

เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

ลงชื่อ.....(ผู้ส่งมอบ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....(ผู้รับมอบ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

การเข้าถึงเวชระเบียน

กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ สารสนเทศทางการแพทย์

โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

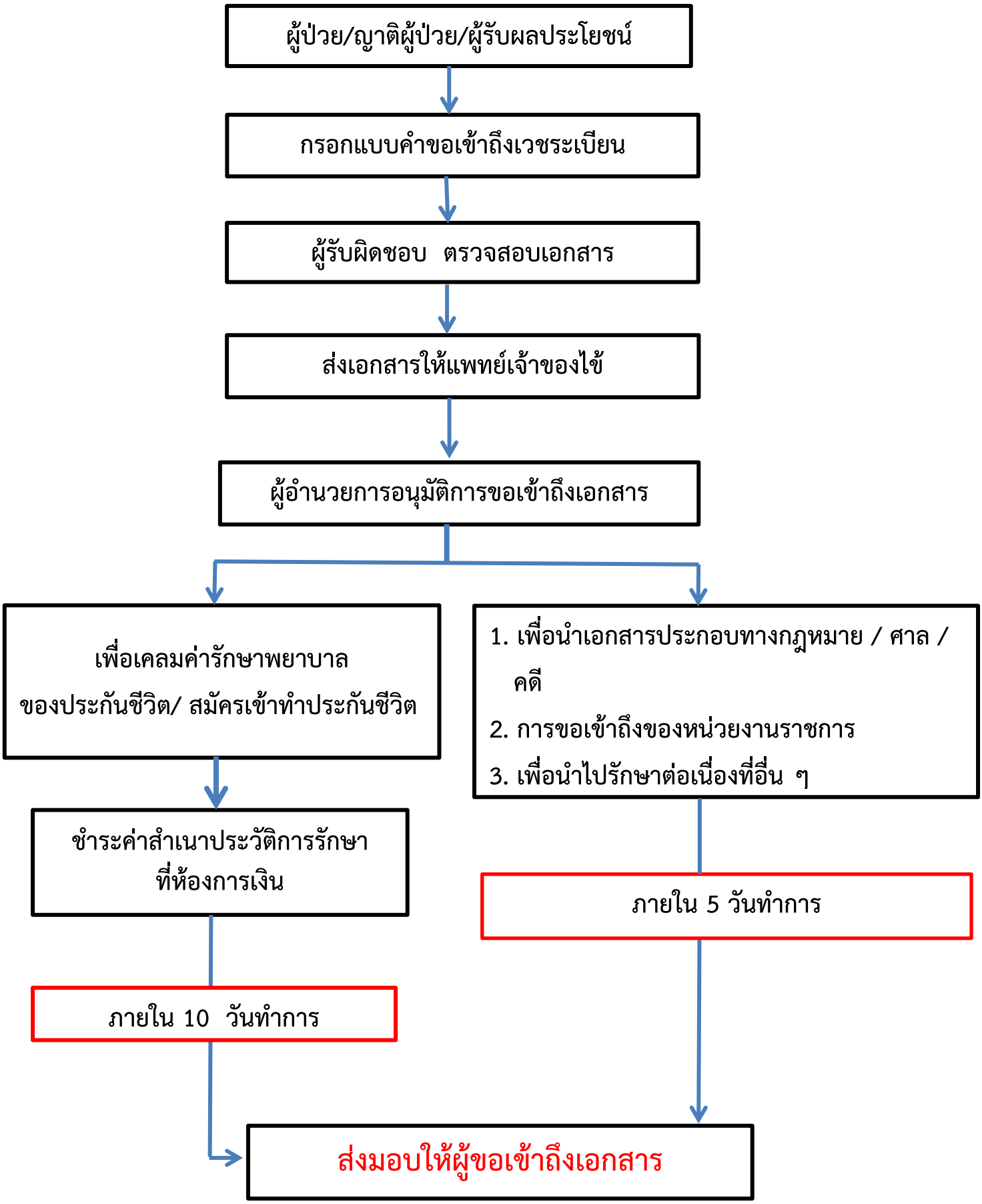
2564

แนวทางการเข้าถึงประวัติผู้รับบริการ โรงพยาบาลลับแล

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

1. กรณีเป็นผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย/ผู้รับผลประโยชน์ ขอเข้าถึงเวชระเบียน
   1.1 ให้ผู้ป่วย / ญาติผู้ป่วย / ผู้รับผลประโยชน์ เขียนใบขอเข้าถึงเอกสารประวัติผู้ป่วยที่กลุ่มงานประกันสุขภาพฯ
   1.2 สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย /ญาติผู้ป่วย / ผู้รับผลประโยชน์ ของผู้ป่วย /ญาติผู้ป่วย/ ผู้รับผลประโยชน์ แนบใบขอเข้าถึงเอกสารประวัติผู้ป่วย
   1.3 ส่งเอกสารให้แพทย์เจ้าของไข้ /ผู้อำนวยการอนุมัติการขอเข้าถึงเอกสาร
   1.3.1 เจ้าหน้าที่เวชระเบียน พิมพ์เอกสาร
   1.4 ส่งมอบสำเนาเอกสารให้ผู้ป่วย / ญาติผู้ป่วย / ผู้รับผลประโยชน์พร้อมลงบันทึก และให้ผู้รับเอกสารลงนามรับสำเนาเอกสารในทะเบียนรับสำเนาเอกสารขอเข้าถึงเวชระเบียน
2. กรณีบริษัทประกันขอสอบประวัติให้ติดต่อผู้ป่วยหรือญาติทุกครั้ง เพื่อยืนยันการเข้าถึงประวัติผู้ป่วย และปฏิบัติตาม ข้อ 1.1-1.4
3. กรณีเป็นหน่วยราชการขอเข้าถึงเอกสารโดยมีหนังสือราชการเพื่อประโยชน์ในการสืบสวนทางคดี
   3.1 ใช้สำเนาหนังสือราชการแทนใบขอเข้าถึงเอกสารประวัติผู้ป่วย
   3.2 ส่งเอกสารให้แพทย์เจ้าของไข้ / ผู้อำนวยการอนุมัติการขอเข้าถึงเอกสาร
   3.3 สำเนาประวัติผู้ป่วยและจัดส่งประวัติให้หน่วยราชการต่อไป พร้อมลงบันทึกในทะเบียนรับสำเนาเอกสารขอเข้าถึงเวชระเบียน
4. จากขั้นตอน 1-3 ให้ปฏิบัติตามมาตรฐานการบันทึกเวชระเบียน
5. กำหนดระยะเวลาในการรับสำเนาเวชระเบียนตามที่ขอเข้าถึงเอกสาร
   5.1 กรณีผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย/ผู้รับผลประโยชน์ ขอเข้าถึงประวัติผู้รับบริการเพื่อประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลต่อเนื่องให้กำหนดระยะเวลารับเอกสารได้ภายใน 5 วันทำการ ยกเว้นกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน ให้ดำเนินการทันที
   5.2 กรณีผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย/ผู้รับผลประโยชน์ ขอเข้าถึงประวัติผู้รับบริการเพื่อประโยชน์ด้านรับผลประโยชน์ประกันชีวิต หรือด้านอื่นๆ นอกเหนือจากข้อ 5.2 ให้กำหนดระยะเวลารับเอกสารได้ภายใน 10 วันทำการ
   5.3 กรณีเป็นหน่วยงานราชการขอเข้าถึงเอกสารโดยมีหนังสือราชการเพื่อประโยชน์ในการสืบสวนทางคดี หรือ ทางราชการอื่นๆ ให้กำหนดระยะเวลาการรับเอกสารได้ภายในกำหนดการของหนังสือราชการนั้นๆ

ขั้นตอนการเข้าถึงเอกสาร เวชระเบียน



แบบคำขอเข้าถึงเวชระเบียน

เขียนที่ โรงพยาบาลลับแล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง การขอเข้าถึงเวชระเบียน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล

ด้วยข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) .....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน .....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เกี่ยวข้องเป็น o บุตร o คู่สมรส o บิดา/มารดา o เจ้าของประวัติ o อื่น ๆ ระบุ.....

มีความประสงค์จะขอเข้าถึงเวชระเบียนโดยขอดู / สำเนาเวชระเบียน / คัดลอกเวชระเบียนของ

(นาย / นาง/ นางสาว / ด.ช. / ด.ญ.) .....

ดังรายการต่อไปนี้

o เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD CARD) o เวชระเบียนผู้ป่วยใน o ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

o ภาพถ่ายทางรังสีวิทยา o อื่น ๆ ระบุ.....

ซึ่งเคยรับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาลนี้ เพื่อนำเอกสารไปประกอบ

o เพื่อนำไปรักษาต่อเนื่องที่อื่น ๆ ระบุ..... o เพื่อนำเอกสารประกอบทางกฎหมาย / ศาล / คดี

o เพื่อเคลมค่ารักษาพยาบาลของประกันชีวิต o สมัครเข้าทำประกันชีวิต

o ใบสรุปหน้างบ (นค.1 / นค.2) o ใบรับรองแพทย์เจ็บป่วย o อื่นๆ ระบุ.....

ในการนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสาร ดังนี้

o สำเนาทะเบียนบ้าน / บัตรประชาชน / สูติบัตรผู้ป่วย o สำเนาทะเบียนบ้านหรือบัตรประชาชน / ผู้ทำการแทน

o ใบมอบอำนาจ o ใบมรณะ o เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ) .....

(.....) ผู้ยื่นคำร้อง

ตรวจสอบถูกต้องแล้ว เห็นแล้วควรอนุมัติ

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชระเบียน

ตรวจสอบถูกต้องแล้ว เห็นแล้วควรอนุมัติ

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์

และสารสนเทศทางการแพทย์

ความเห็น o อนุมัติ o ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล