

เอกสารหมายเลข 1: ใบยินยอมให้แพทย์ผู้ทำการรักษา เปิดเผยข้อมูลการเจ็บป่วยและประวัติการรักษา
ของนักศึกษา ต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อประกอบการพิจารณาขออนุโลมการฟื้นฟูสภาพ
การเป็นนักศึกษา

คำชี้แจง:

1. แบบฟอร์มนี้ ใช้สำหรับขออนุโลมการฟื้นฟูสภาพการเป็นนักศึกษาของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่เท่านั้น
2. ข้อมูล และประวัติการเจ็บป่วย จะถูกเก็บเป็นความลับ และจะถูกนำไปพิจารณาโดยคณะกรรมการ
ที่แต่งตั้งโดยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และไม่เปิดเผยข้อมูลนี้ต่อสาธารณะ
3. คำยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลการเจ็บป่วยและประวัติการรักษาโดยแพทย์ต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. ภายหลังจากการพิจารณาแล้ว เอกสารทั้งหมดจะถูกจัดเก็บเป็นระยะเวลา 1 ปี ตามแนวทางการจัดเก็บ
เอกสาร (ลับ) เพื่อใช้อ้างอิง หรือใช้เพื่อดำเนินการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยสำนักทะเบียนและประมวลผล
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และถูกทำลายเมื่อครบกำหนดระยะเวลา 1 ปี

คำยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลการเจ็บป่วยและประวัติการรักษา โดยแพทย์ ต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว อายุ ปี รหัสนักศึกษา

เป็นนักศึกษา ในหลักสูตร

สังกัด คณะ / วิทยาลัย / สถาบัน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ข้าพเจ้า ยินยอมให้แพทย์ผู้ทำการรักษาเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าตามเอกสารของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(เอกสารหมายเลข 2) และยินยอมให้มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ใช้ข้อมูลเหล่านี้ เพื่อการพิจารณาประกอบการขอ
อนุโลมการฟื้นฟูสภาพการเป็นนักศึกษาของข้าพเจ้า

ลงชื่อ นักศึกษา
(.....)

เอกสารหมายเลข 2: แบบฟอร์ม ข้อมูลการเจ็บป่วยของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่โดยแพทย์ผู้ทำการรักษา

คำชี้แจง:

1. แบบฟอร์มนี้ ขอความกรุณาแพทย์ผู้ให้การรักษานักศึกษาเป็นผู้ให้ข้อมูล
2. ข้อมูล และประวัติผู้ป่วย ได้รับการขออนุญาตในการเปิดเผยข้อมูลจากตัวผู้ป่วยแล้ว
3. ข้อมูลที่ท่านให้จะถูกนำไปพิจารณาโดยคณะกรรมการที่แต่งตั้งโดยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และไม่เปิดเผยข้อมูลนี้ต่อสาธารณะ
4. ข้อมูลที่ท่านให้จะเป็นประโยชน์สำหรับตัวผู้ป่วยในการที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะให้การช่วยเหลือ และสนับสนุน ทั้งทางด้านการศึกษา และการดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยต่อไป
5. เอกสารฉบับนี้ ผู้ป่วยจะไม่ทราบข้อมูลที่ท่านให้ จะมีเพียงแต่คณะกรรมการที่แต่งตั้งโดยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นผู้ทราบข้อมูลในเอกสารฉบับนี้
6. เมื่อท่านให้ข้อมูลเสร็จแล้ว กรุณาใส่ในซองจดหมาย และปิดผนึก โดยนักศึกษาที่ท่านทำการรักษา ไม่เห็นข้อมูลที่ท่านให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอขอบพระคุณท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและมหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำคัญ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นพ. / พญ. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

ได้ให้การตรวจ รักษา แก่ นศ. ชื่อ อายุ ปี ทะเบียนผู้ป่วยเลขที่

เมื่อ วันที่ เดือน พ.ศ.

ณ สถานพยาบาล ชื่อ ตั้งอยู่ที่ อำเภอ จังหวัด

เบอร์โทร. อีเมล

การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย.....

ระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการรักษาโรค (คาดการณ์)

ความเห็นแพทย์ กรุณาทำเครื่องหมายที่ตรงกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

1. อาการแสดงของโรค ณ ปัจจุบัน (ภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา)
 - เป็นอุปสรรคต่อการเรียนในด้านใด (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - การเดินทาง และการเข้าถึงสถานที่เรียน
 - การเรียนในชั้นเรียน/การทำวิจัย/การฝึกปฏิบัติ
 - การค้นคว้าเอกสารวิชาการและงานวิจัย/สถานที่วิจัย

- การเขียนบทความ/งานวิจัย
- การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- การนำเสนอผลงานในรูปแบบการบรรยาย
- อื่น ๆ (ระบุ)

ไม่ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง จนอาจเป็นอุปสรรคต่อการเรียนของผู้ป่วย

2. ยา และการรักษาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับ (เช่น การทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง การต้องติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด ฯลฯ) ณ ปัจจุบัน (ภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา)

เป็นอุปสรรคต่อการเรียนในด้านใด (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- การเดินทาง และการเข้าถึงสถานที่เรียน
- การเรียนในชั้นเรียน/การทำวิจัย/การฝึกปฏิบัติ
- การค้นคว้าเอกสารวิชาการและงานวิจัย/สถานที่วิจัย
- การเขียนบทความ/งานวิจัย
- การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- การนำเสนอผลงานในรูปแบบการบรรยาย
- อื่น ๆ (ระบุ)

ไม่ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง จนอาจเป็นอุปสรรคต่อการเรียนของผู้ป่วย

3. ความเห็นอื่น ๆ ที่อาจเป็นประโยชน์ต่อการให้การดูแลผู้ป่วยโดยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ถ้ามี)

.....

.....

.....

ลงชื่อ

(.....)

แพทย์ผู้ให้ข้อมูล