

ยินยอมให้ใช้รายงานผลการตรวจสุขภาพในการจัดการติดตามผลได้

* โปรดทำเครื่องหมายการตรวจรักษาที่ท่านยินดีให้ข้อมูล,

(☐ การตรวจสุขภาพทั่วไป (รวมถึงการตรวจจุดเปลี่ยนการดูแลสุขภาพ), ☐ การตรวจมะเร็ง, ☐ การตรวจสุขภาพสำหรับทารก)

แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับขอรับความยินยอมของคุณที่แจ้งไว้ในเรื่อง

○ การให้ผลการตรวจคัดกรองจากการบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)

ไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขรวมถึงประวัติการให้บริการด้านการจัดการสุขภาพจากศูนย์บริการสาธารณสุขถึง NHIS เพื่อให้บริการการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม* (*สำหรับผู้ที่มีโรคหรือสงสัยว่ามีความดันโลหิตสูง, เบาหวาน, ภาวะไขมันผิดปกติ, การทำงานทางกรับรู้ลดลง ฯลฯ ในการตรวจสุขภาพทั่วไป (รวมถึงการตรวจจุดเปลี่ยนการดูแลสุขภาพ) และการตรวจสุขภาพตลอดชีวิต

และสำหรับผู้ปกครองที่ต้องได้รับการประเมินผลอย่างครอบคลุมและการจัดการที่สอดคล้องหลังจากได้รับผลการตรวจสุขภาพของทารกหรือเด็ก)

○ การให้ผลการตรวจคัดกรองจาก NHIS ไปยังศูนย์มะเร็งแห่งชาติ (NCC) และ /

หรือศูนย์สาธารณสุขเพื่อให้การจัดการหลังการตรวจคัดกรองแก่ผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติหรือสงสัยว่าหรือถูกสงสัยว่าเป็นโรคมะเร็ง;

○ การให้ผลการตรวจคัดกรองจาก NHIS ไปยังศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศเกาหลี (KCDC) และ /

หรือศูนย์สาธารณสุขเพื่อให้การจัดการหลังการตรวจคัดกรองแก่ผู้ที่มีสงสัยหรือได้รับการตรวจว่าเป็นวัณโรคปอด (TB) จากผลการตรวจสุขภาพทั่วไป

* การบริการด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การศึกษา การเลิกบุหรี่ การเลิกสุรา การออกกำลังกาย โภชนาการ การตรวจสภาพจิตใจ การให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายสำหรับการตรวจรักษาความผิดปกติด้านพัฒนาการของทารก ฯลฯ

※

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและเป็นไปตามพรบ.ปกป้องข้อมูลส่วนตัวและกรอบพรบ.การตรวจสุขภาพและจะไม่เปิดเผยให้แก่อีกสถาบันอื่น นอกเหนือจากที่ได้แจ้งไว้ในเบื้องต้น

※ หากคุณต้องการเพิกถอนความยินยอม คุณสามารถทำได้โดยผ่านขั้นตอนการตรวจสอบปกติ เมื่อคุณโทรไปที่ฝ่ายบริการลูกค้า NHIS (1577-1000) หรือที่สาขาย่อย

1. ข้อตกลงในการให้ข้อมูลส่วนตัว

○ ข้าพเจ้าได้รับการแจ้งอย่างเพียงพอเกี่ยวกับข้อกำหนดด้านล่างว่าข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าจะถูกส่งต่อไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขและ NHIS และข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้รายละเอียดที่เกี่ยวข้องตามที่ข้าพเจ้าได้รับแจ้ง

① สถาบันที่ให้ข้อมูล: ศูนย์สาธารณสุข NCC KCDC และ NHIS

② จุดประสงค์ของการให้ข้อมูลส่วนบุคคล:

เพื่อให้การบริการด้านการดูแลสุขภาพแก่ผู้ที่ต้องการการจัดการด้วยตนเองและมาตรการป้องกันและผู้ที่มิโรค (และสงสัยว่ามีโรค)

เพื่อให้การจัดการหลังการตรวจขึ้นอยู่กับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งและเพื่อให้มีการจัดการหลังการตรวจที่เกี่ยวข้องกับวัณโรคปอด

③ ข้อมูลส่วนตัวที่สามารถให้ได้

- NHIS → ศูนย์สาธารณสุข

- ข้อมูลประจำตัวส่วนบุคคล เช่น ชื่อ หมายเลขทะเบียนผู้อยู่อาศัย ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล ฯลฯ ผลการตรวจสุขภาพและข้อมูลแบบสอบถาม

- ศูนย์สาธารณสุข → NHIS ชื่อ หมายเลขทะเบียนผู้อยู่อาศัย

รายละเอียดการจัดการบริการด้านสุขภาพจากศูนย์สาธารณสุข

- NHIS → NCC และ/หรือ ศูนย์สาธารณสุข

- ข้อมูลประจำตัวส่วนบุคคล เช่น ชื่อ หมายเลขทะเบียนผู้อยู่อาศัย ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล ฯลฯ ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งและข้อมูลแบบสอบถาม

- NHIS → KCDC และ/หรือ ศูนย์สาธารณสุข

- ข้อมูลประจำตัวส่วนบุคคล เช่น ชื่อ หมายเลขทะเบียนผู้อยู่อาศัย ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ ที่อยู่อีเมล และผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกและข้อมูลแบบสอบถามเกี่ยวกับวัณโรคปอด

④ ระยะเวลาในการรักษาและการใช้ข้อมูลส่วนตัว 2 ปี

⑤ ท่านมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลส่วนตัวแก่บุคคลที่สามและในกรณีนี้ท่านอาจจะถูกคัดออกจากผู้รับบริการที่จะได้รับการบริการด้านสุขภาพ ของสถานีนอนามัย

ข้าพเจ้ายอมรับในเงื่อนไข ☐

ไม่เห็นด้วย ☐

2. ข้อมูลลับ

○ ข้าพเจ้าได้รับแจ้งจากสถานตรวจสุขภาพเรื่องการป้อนข้อมูลส่วนตัวรวมทั้งได้รับการอธิบายว่าข้อมูลการตรวจสุขภาพและประวัติการบริการด้านสุขภาพ จากสถานีนอนามัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ดังนั้น ข้าพเจ้าเข้าใจอย่างถ่องแท้และยอมรับในเงื่อนไข

ข้าพเจ้ายอมรับในเงื่อนไข ☐

ไม่เห็นด้วย ☐

3. ยินยอมเข้าสู่กระบวนการระบุข้อมูลส่วนตัว

- ข้าพเจ้าได้รับแจ้งจากสถานตรวจสอบสภาพเรื่องการป้อนข้อมูลส่วนตัวพร้อมทั้งได้รับการอธิบายว่าหมายเลขในทะเบียนบ้านหมายถึงตัวประชาชน ดังนั้น ข้าพเจ้าเข้าใจอย่างยิ่งและยอมรับในเงื่อนไข
ข้าพเจ้ายอมรับในเงื่อนไข ☐ ไม่เห็นด้วย ☐

ข้าพเจ้ายินยอมในเนื้อหาทั้งหมด ☐

ปี เดือน วัน				
ผู้ให้ความยินยอม	ชื่อผู้รับชื่อผู้รับบริการบริการ	(ลายเซ็น)	หมายเลขประจำตัวประชาชน	-
	(ในกรณีของทารก)	(ลายเซ็น)	ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ	
	ชื่อตัวแทนฝ่ายกฎหมาย			
ชื่อสถาบันตรวจสอบสภาพ (หมายเลข)				