หนังสือยินยอมให้รวบรวม ใช้ หรือเปิดแผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....อายุ.....ปี เลขประจำตัวบัตรประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง.....

ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบหน้าที่ของสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ซึ่งประกอบกิจการโรงพยาบาล ในการรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลและเปิดเผยข้อมูลเท่าที่จำเป็นดังนี้

สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ในฐานะหน่วยงานของรัฐผู้ประกอบการ โรงพยาบาล มุ่งมั่นที่จะปกป้องความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 ซึ่งข้อมูลต่อไปนี้คือแนวทางที่โรงพยาบาลจะต้องปฏิบัติต่อข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นการเก็บรวบรวม การใช้ การเปิดเผย ซึ่งครอบคลุมถึงข้อมูลใดๆที่สามารถระบุถึงตัวผู้ให้ข้อมูลได้ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม และไม่ว่าจะได้รับจากผู้ให้ข้อมูลโดยตรงหรือเป็นการส่งต่อมาจากบุคคลที่สามก็ตาม สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลนั้น นอกเหนือจากการปฏิบัติตามหนังสือนี้แล้ว โรงพยาบาล จะยึดถือปฏิบัติตามบทบัญญัติของกฎหมาย กฎ ประกาศ คำสั่งหรือระเบียบของหน่วยงานที่มีอำนาจกำกับดูแลและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

ข้อ 1. การเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้าผู้ให้ข้อมูลยินยอมให้สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมจากข้อมูลที่ข้าพเจ้า หรือตัวแทนของข้าพเจ้า หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ที่ให้ไว้กับสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง หน่วยงานในสังกัด โรงพยาบาล หรือหน่วยงานภายในอื่นๆ รวมทั้งโรงพยาบาลในเครือข่ายของสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ตัวแทนจำหน่ายหรือผู้ให้บริการ หรือหน่วยงานภาครัฐในกรณีที่ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวไว้ หรือเป็นการเปิดเผยตามที่กฎหมายกำหนด ไม่ว่าจะเป็นการให้ข้อมูล ณ สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง การให้บริการทางโทรศัพท์ บริการทางด้านดิจิทัลต่างๆ รวมทั้งการใช้งานเว็บไซต์ การดาวน์โหลดข้อมูลจากแอปพลิเคชันแหล่งข้อมูลอื่นใดที่เชื่อถือได้ ตัวอย่างเช่น การลงทะเบียนผู้ป่วย การนัดหมายพบแพทย์ การทำธุรกรรมแบบออนไลน์ การสมัครรับจดหมายข่าว การขอรับความช่วยเหลือ เป็นต้น

ข้อ 2. ข้อมูลส่วนบุคคลที่โรงพยาบาลเก็บรวบรวม

ข้าพเจ้าผู้ให้ข้อมูลยินยอมให้สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลตามวัตถุประสงค์ในการประมวลผลข้อมูลตามหนังสือยินยอมนี้ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่โรงพยาบาลเก็บรวบรวมโดยตรงจากผู้ให้ข้อมูล หรือจากบุคคลที่สาม มีดังนี้

- ข้อมูลระบุตัวตน เช่น ชื่อ ภาพถ่าย เพศ วันเดือนปีเกิด หนังสือเดินทาง หมายเลขบัตรประชาชน หรือหมายเลขที่สามารถระบุตัวตนอื่นๆ
- ข้อมูลสำหรับการติดต่อ เช่น ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ และอีเมล
- ข้อมูลการชำระเงิน เช่น ข้อมูลการเรียกเก็บเงิน ข้อมูลบัตรเครดิตหรือเดบิต และรายละเอียดบัญชีธนาคาร
- ข้อมูลการเข้ารับบริการ เช่น ข้อมูลการนัดหมายแพทย์ ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ ความต้องการเกี่ยวกับห้องพัก อาหาร โรงแรมและบริการเสริมอื่นๆ
- ข้อมูลการสมัครรับข่าวสารและเข้าร่วมกิจกรรมทางการตลาด เช่น ลงทะเบียนเพื่อเข้าร่วมสัมมนา
- ข้อมูลสถิติ เช่น จำนวนผู้ป่วย และการเข้าชมเว็บไซต์
- ข้อมูลการเข้าใช้เว็บไซต์ของโรงพยาบาล เช่น IP Address, Cookies, Online Appointment System
- ข้อมูลด้านสุขภาพ รายงานที่เกี่ยวกับสุขภาพกาย และสุขภาพจิต การดูแลสุขภาพของผู้ให้ข้อมูล ผลการทดสอบจากห้องทดลอง และการวินิจฉัย

- ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและการแพ้ยาของผู้ให้ข้อมูล
- ข้อมูล Feedback และผลการรักษาที่ผู้ให้ข้อมูลให้ไว้

- ข้อมูลประกันสุขภาพและประกันภัย ซึ่งรวมถึงประกันสังคม สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลต่างๆ
- โรงพยาบาล จะไม่เก็บและใช้ข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อนของผู้ให้ข้อมูล ดังต่อไปนี้ เชื้อชาติ ความเชื่อทางศาสนา ประวัติอาชญากรรม เว้นแต่เป็นไปตามที่ข้อบังคับและกฎหมายกำหนด หรือโดยความยินยอมของผู้ให้ข้อมูล

ข้อ 3. วัตถุประสงค์ในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้าผู้ให้ข้อมูลยินยอมให้สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองประมวลผลข้อมูลโดยอาศัยความยินยอมจากหนังสือฉบับนี้ของข้าพเจ้า หรือการปฏิบัติตามสัญญาระหว่างกัน หรือการใดๆ เพื่อประโยชน์โดยชอบด้วยกฎหมาย สำหรับวัตถุประสงค์ดังนี้

1. วัตถุประสงค์เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์แก่ท่านในทุกช่องทาง ได้แก่
   - การระบุตัวตนเพื่อยืนยันตัวของผู้ป่วย การจัดตารางและแจ้งเตือนการนัดพบแพทย์หรือตารางการรักษาพยาบาล

   - จัดหาบริการ หรือส่งมอบบริการของโรงพยาบาลและการเข้าถึงบริการของผู้ให้ข้อมูล ไม่ว่าทางออนไลน์หรือออฟไลน์

   - นัดหมายแพทย์ ส่งข่าวสาร แนะนำบริการของโรงพยาบาล

   - การประสานงานและส่งต่อข้อมูลให้กับโรงพยาบาลในเครือข่าย และสถานพยาบาลอื่นซึ่งจะช่วยให้การส่งต่อผู้ป่วยมีความรวดเร็วขึ้น

   - ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิการเข้าถึงข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลที่โรงพยาบาล เก็บรักษาไว้ รวมถึงขอรับสำเนาข้อมูลและขอให้โอนย้ายข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลให้ไว้กับโรงพยาบาล ไปยังผู้ควบคุมข้อมูลรายอื่นหรือตัวผู้ให้ข้อมูลเอง
   - ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิคัดค้าน หรือระงับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลได้

   - ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิขอให้โรงพยาบาล แก้ไขข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง หรือเพิ่มเติมข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ได้ และอาจขอให้โรงพยาบาล ลบ หรือทำลาย หรือเปิดเผยแหล่งที่มาของข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลในกรณีที่ไม่ได้ให้ความยินยอมได้

   - ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลพบว่าโรงพยาบาล หรือบุคลากรของโรงพยาบาล ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล ไม่เป็นไปตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความยินยอมไว้ หรือไม่เป็นการประมวลผลตามที่มีสิทธิตามกฎหมาย ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิร้องเรียนต่อคณะกรรมการการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้
   - ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการเพิกถอนความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความยินยอมกับโรงพยาบาล ได้ตลอดระยะเวลาที่ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลอยู่กับโรงพยาบาล เว้นแต่มีข้อจำกัดสิทธิในการเพิกถอนความยินยอมโดยกฎหมายหรือโดยสัญญาที่ให้ประโยชน์แก่ผู้ให้ข้อมูล

   อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ให้ข้อมูลได้เพิกถอนความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลใดอาจส่งผลให้โรงพยาบาล มีข้อมูลไม่เพียงพอต่อการประมวลผลให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ได้แจ้ง และผู้ให้ข้อมูลอาจขาดความสะดวกในการได้รับบริการจากโรงพยาบาล

ข้อ 4. ช่องทางการติดต่อโรงพยาบาล

หากผู้ให้ข้อมูลต้องการใช้สิทธิใดๆ ตามนโยบายความเป็นส่วนตัวนี้ กรุณาดำเนินการเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมแนบสำเนาหลักฐานเพื่อแสดงตัวตนและหากผู้ให้ข้อมูลมีคำถาม ข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับนโยบายความเป็นส่วนตัวนี้ ผู้ให้ข้อมูลสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ตามรายละเอียดดังนี้

โรงพยาบาล สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง
ที่อยู่ 18 ถนน พหลโยธิน แขวง อนุสาวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร 10220
เบอร์โทรศัพท์ 02 521 6550

ทั้งนี้ข้อมูลที่ต้องแจ้งให้โรงพยาบาล ทราบ ได้แก่
- ชื่อ สกุล เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / เลขหนังสือเดินทาง
- เรื่องที่ต้องการติดต่อสอบถาม รายละเอียดของข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น
- เบอร์โทรและที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ รวมทั้งที่อยู่สำหรับการส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ของผู้ให้ข้อมูล

หนังสือยินยอมฉบับนี้ มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ผู้ให้ข้อมูลเข้ารับบริการจากโรงพยาบาล

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ดังกล่าวของข้าพเจ้าตามที่ได้ระบุไว้ในหนังสือยินยอมฉบับนี้ทุกประการ

ผู้ให้ความยินยอม	เจ้าหน้าที่สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง
.....	.....
(.....)	(.....)
วันที่...../...../.....	วันที่...../...../.....