



แบบฟอร์มคำขอถอนความยินยอม/ยกเลิกการใช้หรือประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เลขที่เอกสาร: PDPA-

วันที่.....

1. ข้อมูลผู้ยื่นคำขอ / เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว

เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง

วันเดือนปีเกิด อายุ ปี HN โทรศัพท์

ที่อยู่ติดต่อ

มีสถานะเป็น

- | | |
|--|--|
| ☐ เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล | ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ปกครอง / ผู้พิทักษ์ / ผู้อนุบาล |
| ☐ ผู้รับมอบอำนาจจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล | ☐ อื่น ๆ ระบุ |

กรณียื่นแทนเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-สกุลเจ้าของข้อมูล ความเกี่ยวข้องกับเจ้าของข้อมูล

เอกสารประกอบการยื่นคำขอ

- | | |
|--|---|
| ☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นคำขอ | ☐ สำเนาบัตรประชาชนเจ้าของข้อมูล |
| ☐ หนังสือมอบอำนาจ | ☐ เอกสารแสดงความเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม |
| ☐ อื่น ๆ | |

2. เรื่องที่ขอใช้สิทธิ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอถอนความยินยอม และ/หรือ ขอให้โรงพยาบาลยกเลิกการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย หรือ ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ดังต่อไปนี้

- | | |
|---|--|
| ☐ ถอนความยินยอมทั้งหมดที่เคยให้ไว้กับโรงพยาบาล | ☐ ถอนความยินยอมเฉพาะบางรายการ |
| ☐ ขอร้องการใช้ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะ | ☐ ขอคัดค้านการใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล |
| ☐ ขอให้ลบ ทำลาย หรือทำให้ข้อมูลส่วนบุคคลไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ | |
| ☐ อื่น ๆ ระบุ | |

3. ประเภทข้อมูลส่วนบุคคลที่ประสงค์ยกเลิกการใช้หรือประมวลผล

ข้าพเจ้าขอให้โรงพยาบาลงดใช้ เปิดเผย หรือประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลดังต่อไปนี้

- | | |
|--|---|
| ☐ ข้อมูลทั่วไป เช่น ชื่อ-สกุล เลขบัตรประชาชน ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ข้อมูลเวชระเบียน/ประวัติการรักษา | |
| ☐ ภาพถ่ายใบหน้า | ☐ ภาพถ่ายภายในช่องปาก |
| ☐ ภาพถ่ายรังสี/ภาพเอกซเรย์/ BCT | ☐ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ผลตรวจสุขภาพ |
| ☐ ข้อมูลเพื่อการเรียนการสอน/สิ่งพิมพ์ | ☐ ข้อมูลเพื่อการติดต่อ แจ้งข่าวสาร หรือกิจกรรมของโรงพยาบาล |
| ☐ ข้อมูลเพื่อการวิจัย | ☐ ข้อมูลเพื่อการประชาสัมพันธ์/สื่อออนไลน์/สิ่งพิมพ์ |
| ☐ อื่น ๆ ระบุ | |

รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการถอนความยินยอม

4. วัตถุประสงค์ที่ไม่อนุญาตให้ใช้หรือประมวลผลข้อมูลต่อไป

ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ให้โรงพยาบาลใช้ เปิดเผย หรือประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าเพื่อวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

- | | |
|--|---|
| ☐ การเรียนการสอน | ☐ การประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล/คณะ/มหาวิทยาลัย |
| ☐ การนำเสนอผลงานทางวิชาการ | ☐ การตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร หนังสือ เอกสาร หรือสื่อวิชาการ |
| ☐ การวิจัย | ☐ การเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ สื่อสังคมออนไลน์ หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ |
| ☐ การส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานภายนอก เว้นแต่มีฐานกฎหมายรองรับ | |
| ☐ อื่น ๆ ระบุ | |

รายละเอียดเพิ่มเติม

5. ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจว่า

การถอนความยินยอมนี้ไม่มีผลกระทบต่อการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย หรือประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่โรงพยาบาลได้ดำเนินการไปก่อนวันที่โรงพยาบาลได้รับคำขอนี้โดยชอบด้วยกฎหมาย โรงพยาบาลอาจยังมีความจำเป็นต้องเก็บรักษา ใช้ หรือประมวลผลข้อมูลบางส่วนตามกฎหมาย ระเบียบราชการ เวชระเบียน มาตรฐานวิชาชีพ การรักษาพยาบาล การเรียก ร้องสิทธิทางกฎหมาย การตรวจสอบ หรือประโยชน์ด้านสาธารณสุข

การถอนความยินยอมบางกรณีอาจมีผลต่อการรับบริการบางประเภท เช่น การรับข่าวสาร การเข้าร่วมโครงการวิจัย การใช้ข้อมูลเพื่อการเรียนการสอน หรือการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ โรงพยาบาลจะพิจารณาคำขอตามขอบเขตที่กฎหมายกำหนด และจะแจ้งผลการพิจารณาให้ข้าพเจ้าทราบภายในระยะเวลาที่เหมาะสม หากข้อมูลส่วนบุคคลได้ถูกทำให้ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้แล้ว หรือได้เผยแพร่โดยชอบด้วยกฎหมายไปก่อนหน้านี้ การดำเนินการแก้ไข ลบ หรือเรียกคืนข้อมูลอาจมีข้อจำกัด

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นโดยครบถ้วน เข้าใจผลของการถอนความยินยอม และยืนยันว่าข้อมูลที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ	ผู้ยื่นคำขอ/เจ้าของข้อมูล	ลงชื่อ	ผู้แทน/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)		(.....)	
วันที่		ความเกี่ยวข้อง	
		วันที่	

7. สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

ได้รับคำขอเมื่อวันที่ เวลา น.

ตรวจสอบเอกสารประกอบแล้ว

☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบถ้วน ระบุ

ประเภทคำขอ

☐ ถอนความยินยอม ☐ ระงับการใช้ข้อมูล ☐ คัดค้านการประมวลผล
☐ ขอให้ลบ / ทำลาย / ทำให้ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ ☐ อื่น ๆ

ส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

☐ งานเวชระเบียน ☐ งานสารสนเทศ / IT ☐ งานวิจัย ☐ งานประชาสัมพันธ์
☐ หน่วยงานคลินิก ☐ เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล / DPO
☐ อื่น ๆ

ความเห็นเบื้องต้นของเจ้าหน้าที่
.....

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่

8. ผลการพิจารณาของโรงพยาบาล

☐ อนุมัติดำเนินการตามคำขอทั้งหมด ☐ อนุมัติดำเนินการตามคำขอบางส่วน
☐ ไม่สามารถดำเนินการตามคำขอได้ ☐ ขอเอกสารหรือข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ยื่นคำขอ

เหตุผล / ข้อจำกัดในการดำเนินการ.....
.....

การดำเนินการที่ได้ดำเนินการแล้ว

☐ บันทึกการถอนความยินยอมในระบบ ☐ แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ระงับการใช้ข้อมูล
☐ ระงับการใช้ข้อมูลเพื่อการวิจัย ☐ ระงับการใช้ภาพถ่าย/ข้อมูลเพื่อการเรียนการสอน
☐ ระงับการเผยแพร่ข้อมูลเพื่อการประชาสัมพันธ์ ☐ ลบ/ทำลาย/ทำให้ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ เฉพาะข้อมูลที่

ดำเนินการได้

☐ อื่น ๆ

วันที่ดำเนินการแล้วเสร็จ

ลงชื่อ ผู้พิจารณา / ผู้มีอำนาจอนุมัติ
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่

9. การแจ้งผลแก่ผู้ยื่นคำขอ

ช่องทางการแจ้งผล

- ☐ โทรศัพท์ ☐ หนังสือราชการ ☐ อีเมล.....
☐ ติดต่อรับเอกสารด้วยตนเอง ☐ อื่น ๆ

แจ้งผลเมื่อวันที่ เวลา น.

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้แจ้งผล

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่