แบบ ส.พ. ๑๐

เลขรับที่ ..... วันที่ ..... ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

คำขอเปลี่ยนแปลงรายการ
ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....
.....
.....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ .....เลขทะเบียน .....

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน .....เตียง
ลักษณะของสถานพยาบาล .....
ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....
ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....
โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. มีความประสงค์ขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต ดังต่อไปนี้

☐ เปลี่ยนชื่อสถานพยาบาล เป็น.....

☐ เปลี่ยนชื่อตัว ชื่อสกุล ของผู้รับอนุญาต เป็น.....

☐ เปลี่ยนเลขที่ตั้ง ชื่อถนน ตำบลหรือแขวง อำเภอหรือเขต จังหวัด (ตามที่ทางราชการกำหนด)

☐ การเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จำนวน.....ราย
เป็น.....
.....
.....
.....
.....
.....

☐ เปลี่ยนแปลง วัน/เวลาเปิดทำการ เป็น.....
.....

☐ อื่น ๆ .....
.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย คือ

☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

☐ เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการขอเปลี่ยนแปลง

☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล

☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) .....

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

(.....)

หมายเหตุ 1.ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

แบบ ส.พ. ๑๖

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

คำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่ .....

.....

.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) ..... เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ☐ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เตียง

ลักษณะของสถานพยาบาล .....

ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....

ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต .....จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ .....โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

๒. มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ ดังต่อไปนี้

☐ การลดหรือเพิ่มแผนกบริการ

☐ การลดหรือเพิ่มจำนวนเตียงรับบริการในแผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยหนัก

☐ การลดหรือเพิ่มจำนวนห้องผ่าตัดหรือห้องคลอด

☐ การเปลี่ยนลักษณะของสถานพยาบาลจากที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว

☐ การเปลี่ยนลักษณะการใช้สอยอาคาร โดยการย้ายสถานที่หรือแผนกบริการภายในอาคารจากผังเดิมที่ได้รับอนุญาตไว้แล้ว

☐ การเพิ่มหรือลดอุปกรณ์

☐ การก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่ที่ต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร

☐ การก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่ที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง

☐ การดัดแปลงอาคารที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการบริการผู้ป่วยในระหว่างการดำเนินการดัดแปลงนั้น

☐ การดัดแปลงอาคารที่ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง

☐ อื่น ๆ .....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ ที่แสดงการเปลี่ยนแปลงมาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

- ☐ สำเนาบัตรประจำตัว
- ☐ หลักฐานแสดงกรรมสิทธิ์
- ☐ หนังสือรับรองการจดทะเบียน (กรณีเป็นนิติบุคคล)
- ☐ แผนที่แสดงที่ตั้งสถานพยาบาลและอาคารใกล้เคียง
- ☐ แบบแปลนแผนผังสิ่งปลูกสร้างแสดงลักษณะภายในอาคารส่วนที่เปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม
- ☐ ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
- ☐ ใบแสดงความจำนงเป็นผู้ปฏิบัติงาน ตามแบบ ส.พ. ๖ พร้อมสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวของผู้ประกอบวิชาชีพ (กรณีเพิ่มบริการหรือเพิ่มจำนวนเตียง)
- ☐ สำเนาวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ จากสภาวิชาชีพในสาขาที่ให้บริการ (ถ้ามีการให้บริการเฉพาะสาขา)
- ☐ อื่น ๆ.....
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล
- ☐ กรณีสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนและเป็นการเพิ่มบริการหรือก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่หรือดัดแปลงอาคาร จะต้องมี
  - หลักฐานการอนุมัติแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาล
  - ใบอนุญาตใช้อาคาร (เฉพาะกรณีก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่หรือดัดแปลงอาคาร)
  - หนังสือรับรองการจัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมของกระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม (เฉพาะกรณีก่อสร้างอาคารขึ้นใหม่หรือดัดแปลงอาคาร)

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้รับอนุญาต

(.....)

<u>หมายเหตุ</u> 1.ใส่เครื่องหมาย √ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ

<u>แบบประเมินระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ กรณีขอเพิ่มบริการการแพทย์ทางไกล</u>

☐ สถานพยาบาลได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO ๒๗๐๐๑ หรือมาตรฐานด้านความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศอื่นๆ (แนบเอกสารหลักฐานประกอบ)

☐ กรณีใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจากผู้ให้บริการภายนอก (Outsource) ให้แนบสัญญาการให้บริการและเอกสารหลักฐานแสดงมาตรฐานของบริษัทคู่สัญญา (โดยอ้างอิงรายละเอียดตามแบบประเมินข้อ ๑-๕)

☐ กรณีไม่ได้รับการรับรองมาตรฐาน (ตอบแบบประเมินข้อ ๑-๕)

๑. โครงสร้างและบทบาท ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

๑.๑ มีการจัดทีมดูแลระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลประกอบด้วยผู้บริหารและฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ

☐ มี ☐ ไม่มี

๑.๒ มีนโยบายและแผนการปฏิบัติด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล

☐ มี ☐ ไม่มี

๑.๓ มีการกำหนดมาตรฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ ที่จำเป็นสอดคล้องกับมาตรฐานของประเทศหรือมาตรฐานสากล ได้แก่ มาตรฐานข้อมูล มาตรฐานรหัสข้อมูล มาตรฐานการปฏิบัติงาน มาตรฐานความปลอดภัยและความลับของผู้ป่วย มาตรฐานระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ มาตรฐานทางกายภาพและสภาพแวดล้อม (แนบเอกสารหลักฐานประกอบ)

☐ มี ☐ ไม่มี

๒. การจัดการความเสี่ยงในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

มีแผนจัดการความเสี่ยงเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการดำเนินงานตามแผนรวมถึงการประเมินผลการดำเนินการจัดการความเสี่ยง (แนบเอกสารหลักฐานประกอบ)

☐ มี ☐ ไม่มี

๓. การจัดการความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (แนบเอกสารหลักฐานประกอบ)

๓.๑ มีการจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยในระบบ IT

☐ มี ☐ ไม่มี

๓.๒ มีระเบียบปฏิบัติที่อนุญาตให้เฉพาะผู้ที่รับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยในช่วงเวลาปัจจุบันเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยรายนั้นได้

☐ มี ☐ ไม่มี

๓.๓ มีระเบียบปฏิบัติที่ป้องกันความลับผู้ป่วยมิให้รั่วไหล

☐ มี ☐ ไม่มี

๓.๔ มีการประชาสัมพันธ์นโยบายและระเบียบปฏิบัติให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบ

☐ มี ☐ ไม่มี

๔. การจัดการศักยภาพของทรัพยากรในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

มีการจัดทำแผนเพิ่มหรือจัดการศักยภาพของทรัพยากร ด้าน Hardware, Software, Network

☐ มี ☐ ไม่มี

๕. การจัดการห้อง Data Center

☐ กรณีใช้ระบบการจัดการ Data Center จากผู้ให้บริการภายนอก (Outsource) ให้แนบสัญญาการให้บริการและเอกสารหลักฐานแสดงมาตรฐานของบริษัทคู่สัญญา

☐ กรณีมีการจัดการ Data Center โดยสถานพยาบาลเอง (ตอบแบบประเมินข้อ ๕.๑-๕.๔)

๕.๑ มีการจัดการ Data Center ของโรงพยาบาลให้มีความมั่นคงปลอดภัย

☐ มี ☐ ไม่มี

๕.๒ ห้อง สถานที่ และสิ่งแวดล้อมต้องจัดให้มีความปลอดภัยจากบุคคลภายนอก

☐ มี ☐ ไม่มี

๕.๓ มีระบบป้องกันอัคคีภัย ได้แก่ ระบบตรวจจับควัน ระบบเตือนภัย เครื่องดับเพลิงและระบบดับเพลิงอัตโนมัติ

☐ มี ☐ ไม่มี

๕.๔ มีระบบป้องกันความเสียหายของข้อมูลและระบบ ซึ่งรวมถึง ระบบไฟฟ้าสำรอง (UPS) ระบบ RAID, Redundant Power supply, Redundant Server

☐ มี ☐ ไม่มี