แบบขอประวัติการรักษาผู้ป่วย

ส่วนที่ 1

สำหรับแผนกเวชระเบียน

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....HN.....เบอร์โทรศัพท์.....

ชื่อ-สกุล ผู้รับมอบอำนาจ..... ☐ ติดต่อด้วยตนเอง ☐ ทางไปรษณีย์

หลักฐานประกอบ

☐ ใบมอบฉันทะ ☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย/สำเนาบัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/สำเนาบัตรประจำตัวผู้ป่วย

☐ สำเนาบัตรประชาชน ผู้รับมอบอำนาจ

เอกสารที่ต้องการ

☐ สำเนาประวัติการรักษา ☐ ทั้งหมด

☐ ผล X-RAY ☐ ผล LAB ☐ ผลอัลตร้าซาวด์ ☐ ผลอื่นๆ.....

☐ สรุปประวัติการรักษาเฉพาะโรค.....

วัตถุประสงค์

☐ รักษาต่อที่..... ☐ ประกันชีวิต → ☐ **กรณี** สมัครทำประกันชีวิต / ☐ **กรณี** อุบัติเหตุ (รับประวัติเฉพาะวันที่มารับการรักษา) / ☐ **กรณี** เคลมประกันสุขภาพ

☐ เบิกประกันสังคม ☐ อื่นๆ.....

วิธีจัดส่ง

☐ ติดต่อรับด้วยตนเอง ☐ ผู้รับมอบอำนาจ

วิธีการชำระค่าดำเนินการ (ประกันชีวิต)

☐ เงินสด จำนวน..... บาท

☐ แนบเช็คหมายเลข..... ธนาคาร.....ว/ด/ป.....จำนวนเงิน.....บาท

ว/ด/ป ที่มาขอประวัติ..... วันนัดรับเอกสาร.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง..... ผู้รับเช็ค.....

ทั้งนี้ โดยยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา หากเกิดความเสียหาย เนื่องจากการเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วยดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับเอกสาร

(.....)

...../...../.....

สำหรับผู้ลงนาม ***ส่วนที่ 2***

ผู้บริหาร/แพทย์/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย ลงนาม.....ว/ด/ป.....

เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการ ลงนาม .....ว/ด/ป.....

ผู้ตรวจสอบ ลงนาม .....ว/ด/ป.....

สำหรับผู้รับเอกสาร (โปรดนำมายืนยันในวันรับเอกสาร) โทร.02-105-0345 กด 9 ต่อ 2032 เวชระเบียน ***ส่วนที่ 3***

รับเอกสารวันที่..... ชื่อเจ้าของประวัติ.....

ติดต่อที่ แผนกเวชระเบียน ชั้น 1 อาคารราชเวชชาคาร

***หมายเหตุ** : ☐ รักษาต่อ : ไม่มีค่าใช้จ่าย (5 วันทำการหลังจากยื่นเอกสาร)

: ☐ ประกันชีวิต : มีค่าธรรมเนียม (5 วันทำการหลังจากยื่นเอกสาร)