

…../…../…..ลำดับที่ …….

แบบขอข้อมูลการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 1

ชื่อ-นามสกุล ผู้ป่วย.....HN……เบอร์โทรศัพท์……

ชื่อ-สกุล ผู้รับมอบอำนาจ.....เบอร์โทรศัพท์……

หลักฐานประกอบ

☐ หนังสือมอบอำนาจ ☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย ☐ สำเนาบัตรประชาชน ผู้รับมอบอำนาจ

ข้อมูลการรักษาพยาบาลที่ต้องการ

☐ ประวัติทั้งหมด ☐ ผล X-RAY ☐ ผล CT ☐ ผล MRI ☐ ผล LAB

☐ ใบรับรองแพทย์ ☐ ใบรายการยา ☐ ผลอื่นๆ……

☐ ประวัติการรักษาเฉพาะโรค.....

วัตถุประสงค์

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

☐ เบิกประกันสังคม/เบิกต้นสังกัด ☐ อื่นๆ.....

วิธีรับเอกสาร

☐ ติดต่อรับด้วยตนเอง ☐ ผู้รับมอบอำนาจมารับแทน →
- ☐ บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ/หนังสือเดินทางตัวจริงของเจ้าของประวัติ
- ☐ หนังสือมอบอำนาจ
- ☐ สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ/หนังสือเดินทางพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องของท่านและเจ้าของประวัติ

☐ ไปรษณีย์.....

☐ E-mail ..... (ตามเงื่อนไข)

วิธีการชำระค่าดำเนินการ (ประกันชีวิต)

☐ เงินสด จำนวน ……บาท ☐ แนบเช็คหมายเลข ..... ธนาคาร..... จำนวนเงิน.....บาท

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

เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง..... ผู้รับเช็ค/เงินสด.....

- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าการเปิดเผยข้อมูลจะต้องได้รับการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากเจ้าของประวัติเท่านั้น
- หากจะยกเลิกเจตจำนงนี้ ให้แจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรในคำร้องขอการใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลไปยังแผนกเวชระเบียน คลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา
- รับทราบและยินยอมชำระค่าใช้จ่ายอันใดที่เกิดจากการขอข้อมูลเวชระเบียน และ X-RAY Film
- รับทราบและเข้าใจเป็นอย่างดีถึงประกาศสิทธิผู้ป่วย

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา หากเกิดความเสียหาย เนื่องจากการเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วยดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ จึงได้ลงนามไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ขอประวัติ
(.....)
…../…../…..

สำหรับผู้ลงนามคลินิกศูนย์แพทย์พัฒนา ***ส่วนที่ 2***

ผู้บริหาร/แพทย์/ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย(เฉพาะวันเสาร์-อาทิตย์,วันนักขัตฤกษ์) ลงนาม.....ว/ด/ป.....

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

ผู้ตรวจสอบ ลงนาม .....ว/ด/ป.....

ผู้จำหน่าย ลงนาม .....ว/ด/ป.....

ผู้รับประวัติ ลงนาม .....ว/ด/ป.....

*****ระยะเวลาดำเนินการประมาณ 5 วันทำการหลังจากยื่นเอกสาร ข้อมูลที่ได้บันทึกลงในแผ่น CD ไฟล์ PDF *****