



ลับ

ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ใบคำร้องขอเอกสารทางการแพทย์

เลขที่

เลขที่ใบเสร็จรับเงิน

ส่วนที่ 1 เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ / ผู้อำนวยการ รพ.ทันตกรรมฯ

ข้าพเจ้า ชื่อ..... เลขที่บัตรประชาชน.....

ซึ่งเป็น ผู้ป่วย ญาติ เกี่ยวข้องเป็น..... ตัวแทนบริษัทประกัน ผู้รับมอบอำนาจ

ของผู้ป่วย ชื่อ..... ซึ่งได้เข้ารับการรักษา ณ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เลขที่ HN.....

● มีความประสงค์ขอ

- สำเนาประวัติการรักษา โรค.....
- ใบรับรองแพทย์ วันที่.....
- ใบรับรองยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ วันที่.....
- ใบเคลมประกัน.....
- ผลอ่าน / ภาพถ่ายรังสี / อัลตราซาวด์ / MRI / CT / แบบจำลองฟัน
- ผลการตรวจเลือด วันที่.....
- หนังสือรับรองการฟอกไต ตั้งแต่วันที่.....
- อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

● วัตถุประสงค์

- เพื่อ รักษาต่อ
- ยื่นบริษัทประกัน
- ประกอบการ เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
- ประกอบการ ลาหยุดงาน
- ยื่นต่อศาล / ธุรกรรมต่าง ๆ
- อื่น ๆ.....

ที่อยู่ หรือ เบอร์โทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้.....

ยินยอมให้ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เผยแพร่ประวัติ หรือสิ่งอื่น ๆ ที่ได้จากการตรวจพบในระหว่างการรักษา ตามที่เคยได้รับการรักษา ทั้งนี้ หากเกิดความเสียหายใดๆ อันเนื่องจากการเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

<p style="text-align: center;">ได้รับเอกสารตามที่ร้องขอเป็นที่เรียบร้อยแล้ว</p> <p>ลงชื่อ.....ผู้รับเอกสาร (.....)/...../.....</p>	<p>ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง (.....)/...../.....</p>
---	---

หลักฐานประกอบการยื่นขอเอกสาร

<p>1. กรณีผู้ป่วยขอรับด้วยตนเอง</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> แสดงบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนาบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> หลักฐานอื่นที่ทางราชการออกให้ 	<p>2. กรณีผู้ได้รับมอบหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย <input type="checkbox"/> แสดงบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนาบัตรประชาชน ผู้รับมอบหมาย <input type="checkbox"/> ใบมอบอำนาจ หรือใบยินยอมให้เปิดเผยประวัติ ดิฉากรแสดงปี 10 บาท (กรณีขอประวัติการรักษาพยาบาล)
---	---

<p>ส่วนที่ 2 (เจ้าหน้าที่)</p> <p>ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง (.....)/...../.....</p>	<p>ติดต่อแล้ว วันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> ส่งไปรษณีย์ <input type="checkbox"/> โทรศัพท์</p> <p>เลขพัสดุ.....</p> <p>ส่ง เมื่อวันที่.....</p>
---	--

ส่วนที่ 3 (ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ / ผู้อำนวยการ รพ.ทันตกรรมฯ)

 อนุมัติ / ดำเนินการแล้ว ไม่อนุมัติ เหตุผล.....ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรมฯ / แพทย์ผู้รับผิดชอบ

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