ลับ

ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

ใบคำร้องขอเอกสารทางการแพทย์

เลขที่ .....

เลขที่ใบเสร็จรับเงิน .....

<u>ส่วนที่ 1</u> **เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ**

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

ซึ่งเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ ญาติ เกี่ยวข้องเป็น.....ฯ ☐ ตัวแทนบริษัทประกัน ☐ ผู้รับมอบอำนาจ

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

● **<u>มีความประสงค์ขอ</u>**

- ☐ สำเนาประวัติการรักษา โรค.....
- ☐ ใบรับรองแพทย์ วันที่.....
- ☐ ใบรับรองยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ วันที่.....
- ☐ ใบเคลมประกัน.....
- ☐ ผลอ่าน / ภาพถ่ายรังสี / อัลตร้าซาวด์ / MRI / CT
- ☐ ผลการตรวจเลือด **(ย้อนหลัง 6 เดือน)** /.....
- ☐ หนังสือรับรองการฟอกไต ตั้งแต่วันที่.....
- ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

● **<u>วัตถุประสงค์</u>**

เพื่อ

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

ที่อยู่ <u>หรือ</u> เบอร์โทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้.....

ยินยอมให้ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เปิดเผยประวัติ หรือสิ่งอื่น ๆ ที่ได้จากการตรวจพบในระหว่างการรักษา ตามที่เคยได้รับการรักษา ทั้งนี้ หากเกิดความเสียหายใดๆ อันเนื่องจากการเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

ได้รับเอกสารตามที่ร้องขอเป็นที่เรียบร้อยแล้ว	
ลงชื่อ.....ผู้รับเอกสาร (.....) ...../...../.....	ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง (.....) ...../...../.....

<u>หลักฐานประกอบการยื่นขอเอกสาร</u>

1. กรณีผู้ป่วยขอรับด้วยตนเอง	**2. กรณีผู้ได้รับมอบหมาย**
☐ แสดงบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนาบัตรประชาชน ☐ หลักฐานอื่นที่ทางราชการออกให้	☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย ☐ แสดงบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมสำเนาบัตรประชาชน ผู้รับมอบหมาย ☐ ใบมอบอำนาจ หรือใบยินยอมให้เปิดเผยประวัติ ติดอากรแสตมป์ 10 บาท (กรณีขอประวัติการรักษาพยาบาล)

<u>ส่วนที่ 2</u> (เจ้าหน้าที่)	ช่องทางการรับเอกสาร
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำร้อง (.....) ...../...../.....	☐ มารับด้วยตนเอง ☐ ส่งไปรษณีย์ ☐ ส่งทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (email)..... .....

<u>ส่วนที่ 3</u> (ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ /แพทย์ผู้รับผิดชอบ)

☐ อนุมัติ / ดำเนินการแล้ว ☐ ไม่อนุมัติ เหตุผล.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ / แพทย์ผู้รับผิดชอบ

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