

สำหรับเจ้าหน้าที่รับเรื่อง

- ☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย
☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย
☐ หนังสือมอบอำนาจ
☐ อื่นๆ.....

ชื่อเจ้าหน้าที่เวชระเบียน
 ผู้ตรวจสอบ



โรงพยาบาลแมคคอร์มิค
 ใบขอประวัติการรักษา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอรบประวัติผู้ป่วย

เรียน

ด้วยข้าพเจ้า.....โทรศัพท์.....

ที่อยู่/หรือสถานที่ติดต่อได้.....

บัตร/หลักฐานที่ทางราชการออกให้ระบุ.....เลขที่.....

มีความประสงค์ จะขอ

☐ ประวัติการรักษาพยาบาล ☐ สำเนาประวัติ(ระบุรายละเอียด).....

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ของ (ระบุชื่อผู้ป่วย).....

จากประวัติการเข้าตรวจรักษา ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ ☐ ดำเนินการทางกฎหมาย ☐ รักษาต่อที่.....

☐ เพื่อใช้ทำประกันชีวิตใหม่ ☐ ประกอบการลา

☐ ใช้เบิกเงินชดเชยจากสำนักงานประกันสังคม / พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ

☐ เพื่อทราบประวัติการเจ็บป่วยที่เคยเข้ารับการตรวจ / รักษาที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค

☐ เพื่อใช้เบิกเงินจากบริษัทประกันชีวิต บริษัท.....

ในกรณี ☐ อุบัติเหตุ ☐ เบิกค่ารักษาพยาบาล ☐ ค่าชดเชยรายวันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

☐ ประกันโรคร้ายแรง (ระบุชื่อโรค).....

☐ อื่นๆ(ระบุ).....

ความประสงค์ในการรับเอกสาร ☐ มารับด้วยตนเอง ☐ ให้ผู้อื่นมารับแทน (ระบุชื่อ - สกุล

☐ ส่งทางไปรษณีย์ ☐ ส่งอีเมล (รักษาต่อ/ภาพ X-ray) ระบุอีเมล

ซึ่งข้าพเจ้าเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย / ผู้เสียชีวิต

ข้าพเจ้าทราบดีว่า การกระทำของข้าพเจ้าอาจเกิดผลเสียหายต่อทางโรงพยาบาล / แพทย์ ผู้ให้รายละเอียด / ผู้ปฏิบัติตามคำร้อง
 ของข้าพเจ้า หากมีผลเสียหายที่เกิดขึ้นจากการกระทำของข้าพเจ้าในครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบ และยินดีให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับความเสียหายให้
 หนังสือฉบับนี้ยืนยันต่อผู้เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

สำหรับเจ้าหน้าที่

.....

(ชื่อเจ้าหน้าที่เวชระเบียน)

โทรสอบถามผู้ป่วย/ผู้ปกครอง เพื่อยืนยันการขอประวัติ

.....

.....

วันที่...../...../..... เวลา.....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

รับเอกสารประวัติผู้ป่วย

(ลงชื่อ).....ชื่อผู้รับเอกสาร

วันที่.....