

สำหรับเจ้าหน้าที่รับเรื่อง

- สำเนาบัตรประชาชนผู้ขอ
- 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.....
  - ประกอบการลา
  - ใช้เบิกเงินชดเชยจากสำนักงานประกันสังคม / พรบ. ผู้ประสบภัยจากรถ
  - เพื่อทราบประวัติการเจ็บป่วยที่เคยเข้ารับการรักษา / รักษาที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิค
  - เพื่อใช้ทำประกันชีวิตใหม่
  - เพื่อใช้เบิกเงินจากบริษัทประกันชีวิต บริษัท.....
- ในกรณี  อุบัติเหตุ  เบิกค่ารักษาพยาบาล
- ค่าชดเชยรายวันขณะเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล
- ประกันโรคร้ายแรง (ระบุชื่อโรค).....

อื่นๆ (ระบุ).....

ซึ่งข้าพเจ้าเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย / ผู้เสียชีวิต

ข้าพเจ้าทราบดีว่า การกระทำของข้าพเจ้าอาจเกิดผลเสียหายต่อทางโรงพยาบาล / แพทย์ ผู้ให้รายละเอียด / ผู้ปฏิบัติตามคำร้องของข้าพเจ้า หากมีผลเสียหายที่เกิดขึ้นจากการกระทำของข้าพเจ้าในครั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบ และยินดีให้ผู้ที่อาจได้รับความเสียหายให้หนังสือฉบับนี้ยืนยันต่อผู้เกี่ยวข้องต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำร้อง  
(.....)