

แบบขอประวัติการรักษาโรงพยาบาลชานุมาน

เขียนที่ โรงพยาบาลชานุมาน

วันที่.....

ข้าพเจ้า(นาย,นาง,นางสาว).....ขอประวัติการรักษา
 ของผู้ป่วยชื่อ..... อายุ.....ปี ซึ่งได้เข้ารับการรักษาที่
 โรงพยาบาลชานุมาน ช่วงเวลา.....หรือขอประวัติการรักษา.....ปีย้อนหลัง
 ข้าพเจ้าเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น..... กับผู้ป่วย เบอร์โทรติดต่อกลับ.....
 มาขอประวัติ/ใบรับรองแพทย์โดย มาด้วยตนเอง รับมอบอำนาจ

ขอสำเนาประวัติการรักษา เพื่อ

- ไปรักษาต่อโรงพยาบาลอื่น ทำประกันชีวิต ประกอบคดี
 ขอสินไหมทดแทนบริษัทประกัน เพื่อเบิกค่าคลอดบุตร อื่นๆ.....

ขอใบรับรองแพทย์/(ใบเคลมประกัน) เพื่อ

- รับเงินค่าสินไหม/ทำประกันชีวิต
 เพื่อเบิกค่าคลอดบุตร เบิก พรบ.รถ อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอประวัติการรักษาของผู้ป่วย
 (.....)

โดยมีหลักฐานดังนี้

กรณีมาด้วยตนเองหรือกรณีผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์	กรณีรับมอบอำนาจ(มาขอแทนผู้ป่วย)
() สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง () สำเนาทะเบียนบ้าน/สำเนาใบมรณบัตรในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง () ใบยินยอมให้เปิดเผยประวัติของผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ () บิดา/มารดา/ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้มาขอประวัติ ต้องนำ สำเนาบัตรประชาชนพร้อม รับรองสำเนาถูกต้อง (ต่ำกว่า 18 ปี)	() สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วยและผู้ทำการแทนพร้อม รับรองสำเนาถูกต้อง () สำเนาทะเบียนบ้าน/สำเนาใบมรณบัตรในกรณีผู้ป่วย เสียชีวิตพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง () ใบยินยอมให้เปิดเผยประวัติของผู้ป่วย () ใบมอบอำนาจจากผู้ป่วย

() ค่าธรรมเนียม จำนวน 200 บาท เล่มที่..... เลขที่

ลงชื่อผู้รับเงิน.....

(.....)

วันที่.....

อนุมัติ ไม่อนุมัติ เพราะ.....

ลงชื่อ..... ผู้อำนวยการ/แพทย์เจ้าของไข้
 (.....)

ลงชื่อ..... ผู้ให้เอกสาร
 (.....)

วันที่.....

ลงชื่อ..... ผู้รับเอกสาร
 (.....)

วันที่.....