



หนังสือแจ้งความจำนงชำระเงินเอง

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล.....ซึ่งเป็นผู้ป่วย/ญาติ  
ของ ..... เลขที่โรงพยาบาล..... สิทธิการรักษาพยาบาล

สิทธิประกันสังคม รพ. .... จังหวัด .....

สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า รพ. .... จังหวัด .....

สิทธิสวัสดิการราชการ/ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น       สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

ไม่มีสิทธิการรักษา       สิทธิบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (ท.99)

ไม่ใช่สิทธิตามที่ได้รับ (ชำระเงินเอง)       อื่นๆ ระบุ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงข้อมูลการใช้สิทธิการรักษาพยาบาล และเหตุผลที่ต้องชำระเงินเองที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า/ญาติ นั้น **โดยมีความประสงค์**

- เข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยไม่ใช่สิทธิของตนเอง เนื่องจากไม่มีใบส่งตัวจากโรงพยาบาลตามสิทธิหลักและข้าพเจ้าขอชำระเงินเองทั้งหมดจนสิ้นสุดการรักษา
- ใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ ในการบำบัดรักษาโรค ระบุ.....  
ราคาตามสิทธิ.....บาท ราคาที่ต้องจ่าย.....บาท
- ใช้นยานอกบัญชีหลักแห่งชาติ ระบุ.....       ราคา.....บาท
- การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษ ระบุ.....       ราคา.....บาท
- การทำหัตถการราคาแพง ระบุ.....       ราคา.....บาท

การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ ถ้ามีรายการค่าใช้จ่ายที่อยู่นอกเหนือสิทธิขั้นพื้นฐานของการรักษาพยาบาลที่ประชาชนพึงได้รับตามกฎหมายจากทางรัฐบาล ข้าพเจ้าและญาติ ได้ทราบแล้วว่าจำเป็นต้องชำระเงินเพิ่มเติมจากรายการที่ระบุข้างต้น เป็นจำนวนเงิน..... บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ได้รับทราบข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาล และทราบเหตุผลที่ต้องชำระเงินเพิ่มเติมอย่างชัดเจนเพียงพอ รวมถึงทราบคุณภาพของอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้ายังประสงค์จะใช้อุปกรณ์ และอวัยวะเทียม ยานอกบัญชี การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีพิเศษ และการทำหัตถการราคาแพง โดยจะไม่ใช่สิทธิเรียกจ่ายเงินคืนจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย  
(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูล  
(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อ.....พยาน/ญาติผู้ป่วย  
(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่/พยาน รพ.ฯ  
(.....)

วัน/เดือน/ปี.....