

แบบบันทึกขอให้อินยัณการรักษ

งานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
เลขที่ 123 ถนนมิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002
โทรศัพท์ 043-363606 โทรสาร 043-363107 โทรศัพท์มือถือ 090-9102304

เรื่อง ขอให้ยัณการรักษด้วยทอระบายความดันในโรคต้อหิน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ด้รับผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี

HN..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า รพ.....ตามใบส่งตัวเลขที่.....ลงวันที่.....

บัตรประกันสังคม เลขที่สิทธิบัตร.....บัตรระบุโรงพยาบาล.....

ระบุสาเหตุที่ส่ง :

การวินิจฉัยโรค:

เนื่องจาก ไม่สามารถผ่าตัดโดย Trabeculectomy เพื่อควบคุมความดันตาได้

1. ทอระบายและที่เก็บกักลดความดันในโรคต้อหินชนิดมีลิ้นปิดเปิด ราคาอันละ 13,500 บาท รหัสอุปกรณ์ 2105

2. ทอระบายลดความดันในโรคต้อหิน ชนิดไม่มีลิ้นปิดเปิด ราคาอันละ 10,000 บาท รหัสอุปกรณ์ 2106
ถ้าทางโรงพยาบาลของท่านยินดีรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยรายนี้ขอให้แจ้งทางโรงพยาบาล
ศรีนครินทร์ทราบ

จึงเรียนมาโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

เรียน เจ้าหน้าที่หน่วยประสานสิทธิ์ งานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ทางโรงพยาบาล..... ได้พิจารณาแล้ว

ยินดีรับผิดชอบค่าอุปกรณ์ () รหัส 2105 () รหัส 2106

ไม่รับผิดชอบ เนื่องจาก

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่