

แบบแจ้งผู้ป่วยอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน

วันที่.....

เรื่อง แจ้งผู้ป่วยกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ด้วยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้รับผู้ป่วย ชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... ซึ่งเป็นผู้ป่วยสิทธิบัตร () ประกันสังคม () บัตรทอง

ระบุโรงพยาบาล.....

ได้เข้ารับการรักษาที่ รพ.ศรีนครินทร์ตั้งแต่วันที่.....เวลา.....น.

สาเหตุการประสบอันตราย/การเจ็บป่วย.....

โปรดระบุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ระดับ 1 สีแดง เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ระดับ 2 สีเหลือง เจ็บป่วยฉุกเฉิน ระดับ 3 สีเขียว อุบัติเหตุจราจร ใช้สิทธิ์ พรบ. 30,000 บาท ก่อน จึงใช้สิทธิ์หลักของผู้ป่วย

การวินิจฉัยโรค.....

วิธีการรักษาเร่งด่วน.....

อาการปัจจุบันของผู้ป่วย.....

ขณะนี้ผู้ป่วยนอนรักษาที่หอผู้ป่วย.....โทร.และแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าเป็น

() ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายกลับโรงพยาบาลตามสิทธิ์ได้ () ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการรักษา

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประสานงาน

สถานที่ติดต่อ หน่วยประสานสิทธิ์ งานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โทรศัพท์ 043-363606 มือถือ 090-9102304 โทรสาร 043-363107

หมายเหตุ หากโรงพยาบาลของท่านไม่ตอบรับภายในวันที่..... ทางโรงพยาบาลศรีนครินทร์จะถือว่าท่านรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลหลัง 72 ชั่วโมง ตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานประกันสังคม พ.ศ.2555

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์

โรงพยาบาล.....ได้ตรวจสอบแล้ว

() ยินดีรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยรายนี้ตั้งแต่.....

() รพ.ตามสิทธิ์ขอรับตัวผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อภายในวันที่.....เวลา.....น.

() อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....