

หนังสือเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล

1. ชื่อและนามสกุล.....	อายุ.....ปี	
แบบและเลขที่กรมธรรม์ (มากกว่าหนึ่งโปรดระบุ).....		
ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....		
สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....		
2. รายละเอียดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
2.1 ชื่อโรงพยาบาล.....		
2.2 ชื่อแผนกที่ได้รับการรักษา.....		
2.3 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา ขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล.....		
2.4 การวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้ให้การรักษา.....		
2.5 แพทย์ได้แจ้งผลการวินิจฉัยให้ทราบหรือไม่.....		
2.6 ได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ถ้าผ่าตัดโปรดระบุรายละเอียด.....		
2.7 ได้รับการตรวจตามรายการต่อไปนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> เอ็กซเรย์ <input type="checkbox"/> ตรวจหัวใจ <input type="checkbox"/> ตรวจเลือด <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....		
3. กรณีที่การรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุจากอุบัติเหตุ กรุณาตอบคำถามต่อไป		
3.1 วันที่เกิดอุบัติเหตุ.....สถานที่เกิดอุบัติเหตุ.....		
3.2 ชื่อและที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....		
3.3 อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (ระบุรายละเอียด).....		
อวัยวะที่บาดเจ็บ ตำแหน่งและลักษณะบาดแผล.....		
4. กรณีรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุจากความเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้		
4.1 อาการเจ็บป่วย.....		
4.2 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาพยาบาล.....		
4.3 รายละเอียดของการปรึกษาทางแพทย์	วันที่	ชื่อที่อยู่แพทย์
แพทย์คนแรกที่ท่านปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้
แพทย์อื่นๆ ที่ให้คำปรึกษา
แพทย์ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการลักษณะเดียวกันนี้ในอดีต
5. กรณีที่เป็นสตรี กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้		
ขณะเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ถ้ามีตั้งครรถ์มาแล้ว.....เดือน		
6. ชื่อสถาบัน หรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์ (กรณีได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น)		
.....		

หนังสือให้ความยินยอมและมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือองค์กรสถาบันที่ทำการตรวจรักษา ข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดแก่ บริษัท ทีไลฟ์ ประกันชีวิตจำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้ และสมบูรณ์แล้วตั้งฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน

(.....)

(.....)

ความสัมพันธ์.....

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name.....Age:.....years Sex : <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female	
ID No.....H.N.#.....A.N.#.....X.N.#.....	
Date admitted.....Time.....Date discharged.....Time.....	
CHIEF COMPLAINT :	
FOR ILLNESS	
How long had the patient experienced the symptoms?.....days/weeks/years.	
How long do you feel that symptoms existed prior to this consultation?.....days/weeks/years.	
Did you advise the patient to be admitted to the hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Indication for admission.....	
FOR ACCIDENT	
Date & time of accident : Date : Time :	
Cause of accident :	
Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes.....	
1. Date first saw the patient for this illness/injury :	
2. (a) Present Illness/Details of Injury :	
(b) Pertinent clinical findings (symptoms & signs).....	
3. (a) Pertinent lab/Investigations :	
(b) HIV Test <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, result.....	
4. Diagnosis 1ICD 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diagnosis 2ICD 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Diagnosis 3ICD 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diagnosis 4ICD 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(Including principle underlying condition and complication)	
5. (a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.) :	
(b) Operation:ICD 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pathology report :	
Surgeon's Name Specialty Date performed :	
(c) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please give detail	
6. (a) Result of Treatment : <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor	
(b) Possibility of recurrence <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
7. (a) Date of the last treatment/Follow up :	
(b) The patient's symptoms at the time of your last consultations/examination?.....	
8. Was the patient referred to you by other physician (s) ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Doctor : Clinic/Hospital :	

9. Was the injury/illness contributed of or influenced by any of the following(eg.Pre-existing weakness or extended period of disability)?

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| (a) Physical defects/congenital anomaly | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| (b) Unfavorable past medical history | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| (c) Degenerative change(s) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| (d) A family history that increased the probability or severity of this disease | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| (e) Doctor's advice to have periodic "Medical Screening" for this disease because of increased risk? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| (f) Alcohol or drugs | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |

If the answer is "yes", please specify

.....

.....

.....

10. Other past medical history :

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Physicians

11. FOR FEMALE: Was the patient pregnant at the time of treatment No Yes..... weeks (LMP :)
: Was the treatment relate to infertility No Yes.....

12. Other comments about the injury/illness

.....

.....

.....

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.

Name of physician.....Specialty.....License No.....

Hospital Name.....address.....TEL No.....

Signature.....Date.....

