

PRE ADMISSION FORM

เอกสารส่วน 1

ถึง :	จากโรงพยาบาล
Tel :	แจ้งบริษัทวันที่:.....เวลา..... น.
Fax :	Tel:
	Fax:

Part 1 สำหรับผู้เอาประกัน

ชื่อ-สกุล..... Insured's Name	ที่อยู่ปัจจุบัน..... Address.....
วันเดือนปีเกิด..... Date of birth DD/MM/YYYY	อายุ.....ปี Age Year
เลขที่กรมธรรม์..... Policy Number	โทรศัพท์..... Telephone No
	บริษัทประกันอื่นๆ.....

กรณีอุบัติเหตุส่วนบุคคล เลขที่กรมธรรม์..... ลำดับที่(ถ้ามี).....
 จากการเกิดเหตุครั้งนี้ ไม่เคยรักษาที่ใด เคยรักษาที่.....เมื่อ.....
 โดย ชำระเงินเอง ใช้สิทธิรักษาไปแล้วจำนวน.....บาท
 วันที่เกิดอุบัติเหตุ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....
 สาเหตุของอุบัติเหตุ.....
 ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ, ลักษณะบาดแผล.....

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัท ได้จ่ายชดเชยค่าการ
 รักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็น
 ผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงและข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่าบริษัทฯ สงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่
 การเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทฯ จะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้บริษัทฯ ได้
 สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทฯ ภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่าบอกกล่าว

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทำการตรวจหรือรักษาข้าพเจ้าหรือบุคคลที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้ง
 ข้อความใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ไปส่งยาหรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจที่ผ่านมา พร้อมสำเนา
 เอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใดๆ ต่อบริษัทฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้
 เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดี โดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า
 แล้ว จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯทุกประการ

(.....) (.....) (.....)
 ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน
 วันที่..... วันที่..... วันที่.....

(กรณีเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์)

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้ทำการตรวจหรือรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งผล
 การตรวจเกี่ยวกับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง(HIV/AIDS) ต่อบริษัท ที ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาหนังสือให้ความยินยอม นี้ให้
 ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

(.....) (.....) (.....)
 ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน
 วันที่..... วันที่..... วันที่.....

(กรณีเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์)

Part 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

H.N..... A.N.....	Plan of Treatment
Admission date.....Time.....	Previous treatment for this illness or injury (Date & Place)
Underlying condition.....
Provisional Diagnosis	Expected Length of stayday (s) Other
Vital sign T.....c° P.....bpm RR...../min BP.....mmHg	() Private case () Hospital case
Chief complaint/duration	The illness directly related to an accident () No () Yes
Indication for admission	If yes, date Time
Present illness or cause of injury	The illness or injury influenced by alcohol or drug addict
	() No..... () Yes..... () Unknown.....

Signature.....	Medical specialty	Medical License No
(.....)	Date	

Part 3 สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

บริษัทฯ ได้พิจารณาจากข้อมูลที่ได้รับขอเรียนว่า สามารถใช้สิทธิโครงการนี้ได้ (* ทางการแพทย์สงวนสิทธิ์การจ่ายถ้าสถานะไม่ได้รับความคุ้มครองตามสัญญา)
 ไม่สามารถใช้สิทธิได้เนื่องจาก อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้พิจารณา วันที่...../...../..... เวลา..... น.

ถึง :	จากโรงพยาบาล
Tel :	แจ้งบริษัทวันที่:.....เวลา..... น.
FAX :	Tel: Fax:

Please give detail relating to this treatment *Please use medical terminology

ชื่อ-สกุล..... Insured's Name	วันเดือนปีเกิด..... Date of birth	อายุ.....ปี Age	ปี Year
เลขที่หัวไปโรงพยาบาล..... Hospital Number	เลขที่ผู้ป่วยใน..... Admission Number		
วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล.....เวลา..... Admission Date	วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....เวลา..... Discharge Date		

For Illness

1. Date you first saw this patient for this illness

2. Chief complaint and duration of symptoms:

3. In your opinion, how long should this symptoms persist for this illness

For Injury

1. Date & Time of injury Date & Time you first saw this patient

2. Cause of injury Nature of wound and injured organs

มีเอกสารแนบ

3. Did you smell alcohol from the patient? No Yes Not known

Level of consciousness Normal Confusion Drowsiness Semi-coma Coma

(Did the patient take any medication drug?) Not known No Yes (Name/type of medicine

Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs)

Underlying disease

Investigations/Pathological studies

Diagnosis 1 ICD 10 Diagnosis 2 ICD 10

Diagnosis 3 ICD 10 Diagnosis 4 ICD 10

(Please fill the diagnosis that has been treated on this admission, not including the underlying diseases or conditions not treated: Please rank from the most important Dx to the least one)

Treatment

Surgery/ Operation: ICD 9 Pathology report:

Result / Complications

Surgeon's Name..... Specialty Date performed:

Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? Not known No Yes (Name/type of medicine

For Female is the patient pregnant? No Yes Gestational age Weeks

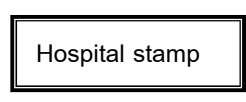
HIV Not Done Done Result (ในกรณีที่ผู้ป่วยยินยอมให้เปิดเผย)

Has patient ever been treated by other doctor before? () No () Yes, please give name and address.....

Past History

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Physicians

For accident: estimated time for recovery



Signature..... Medical specialty

(.....) Medical License No

Telephone No..... Date...../...../.....