



ผู้ป่วย : นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ _____ ชื่อ _____ นามสกุล _____ HN: _____
 หมายเลขบัตรประชาชน : อายุ _____ ปี AN: _____

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบประกอบวิชาชีพ โปรดระบุรายละเอียดการรักษาทุกข้อ **ไม่ควรเว้นว่างในคำถาม กรณีที่ไม่มีคำตอบให้เขียนว่า "NO" หรือ "-" แทนคำตอบหรือ Unknown ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูลนั้นครบสมบูรณ์(หากมีค่าธรรมเนียม ผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ)**

กล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกจากการขาดเลือด(First Heart Attack)

1. Please describe the heart attack.
 1.1 Date of the episode (DD/MM/YY) _____
 1.2 Was there a history of typical ischemic chest pain? () Yes () No
 1.3 Was there a serial elevation of cardiac enzymes(Cardiac Troponin(T or I), CPK, CPK-MB, LDH) documented? () Yes () No
 1.4 Were there any new change in the ECG indicative of a myocardial infarction? () Yes () No
 1.5 Duration of the acute symptoms, _____
 1.6 Date of return to normal activities and/or the insured's present limitations, physical and mental. (DD/MM/YY) _____

2. Was there death of a portion of the heart muscle? () No () Yes If "Yes", please describe _____

3. Investigation/Laboratory report
 3.1 Was the HIV test performed?:
 () No () Yes If "Yes", please give result _____ (DD/MM/YY) _____
 3.2 Please enclose copies of all reports that are available:
 HIV test Isotope studies Exercise stress test Coronary angiography
 Cardiac Enzymes assays Resting ECGs Echocardiograms Any relevant hospital reports

4. Please state if the insured has suffered/been treated for any of the following conditions.
 Smoking Yes duration _____ yrs No Dyslipidemia Yes duration _____ yrs No
 DM Yes duration _____ yrs No Dyslipidemia Yes duration _____ yrs No
 HT Yes duration _____ yrs No Dyslipidemia Yes duration _____ yrs No

5. If there any further information which in your opinion will assist us in assessing this claim, please furnish such information below.

To be completed by Attending Physician

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 Doctor _____ Signature _____
 Qualification _____ Specialty _____ Thailand's Medical registration _____
 Name of Hospital/Official Stamp _____ Telephone No _____ Date _____

ข้อควรทราบ ผู้ใดในการประกอบกิจการงานวิชาชีพ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกใดหนึ่ง