

ส่วนที่ 1 Admission (Form A) () Day surgery

ถึง	△ Fax Claim Service (FCS)	จาก
ตอนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกัน		
ชื่อ-สกุล..... วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง		
อาชีพ..... <input type="checkbox"/> บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... เลขที่บัตร.....		
ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....		
เลขที่กรมธรรม์..... ใบรับรองเลขที่.....		
บริษัทประกันอื่น ๆ (ถ้ามี โปรดระบุ)..... เลขที่กรมธรรม์.....		
กรณีอุบัติเหตุส่วนบุคคล เลขที่กรมธรรม์..... ลำดับที่ (ถ้ามี).....		
จากการเกิดเหตุครั้งนี้ <input type="checkbox"/> ไม่เคยรักษาที่ใด <input type="checkbox"/> เคยรักษาที่..... เมื่อ..... โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิการรักษาไปแล้วเป็นจำนวนเงิน.....บาท		
วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลา..... สถานที่เกิดเหตุ.....		
สาเหตุของอุบัติเหตุ.....		
ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ, ลักษณะบาดเจ็บ.....		
<p>ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้บริษัทฯ จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทฯ ได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนด และเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงและข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทฯ จะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทฯ ได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทฯ ภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่าบอกกล่าว</p> <p>ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทำการตรวจ หรือรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับกรณีเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา พร้อมสำเนาเอกสาร ประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ต่อบริษัทฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ</p> <p>ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้ว จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ</p>		
ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย วันที่..... พยาน..... พยาน.....		
(.....) กรณีเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์ (.....) (.....)		
<p>ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทำการตรวจหรือรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งผลการตรวจเกี่ยวกับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง(HIV/AIDS)ต่อบริษัท..... หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ</p>		
ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย วันที่..... พยาน..... พยาน.....		
(.....) กรณีเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์ (.....) (.....)		
ตอนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา		
Physician's Name.....	Plan of Treatment.....	
Medical Specialty.....	
Medical License No.....	Previous treatment for this illness or injury (Date & Place).....	
Admission Date.....Time.....	
Underlying condition.....	Expected Length of stay.....day(s) Others.....	
H.N.....A.N.....	<input type="checkbox"/> Private case <input type="checkbox"/> Hospital case	
Provisional Diagnosis.....	The illness directly related to an accident <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Vital signs T.....BP.....P.....RR.....	If yes, date.....Time.....	
Chief complaint/duration.....	The illness of injury influenced by alcohol or drug addict	
Indication for Admission.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Unknown	
Present illness or cause of injury.....	Signature.....Date.....	
ตอนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท		
บริษัทฯ ได้พิจารณาจากข้อมูลที่ได้รับ ขอเรียนว่า <input type="checkbox"/> ยืนยันสิทธิ์เบื้องต้น (*ทางบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์การจ่ายถ้าสภาวะไม่ได้รับความคุ้มครองตามสัญญา)		
<input type="checkbox"/> ไม่สามารถใช้สิทธิ์ได้เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....		
ลงชื่อ.....ผู้พิจารณา บริษัท..... วันที่.....เวลา.....		

ส่วนที่ 2 (Form B) Physician Discharge Summary

กรุณาเขียนตัวบรรจง

ถึง	จาก โรงพยาบาล หมายเลขโทรศัพท์..... ห้อง.....			
Patient's Name:..... H.N..... A.N.....				
Admission Date.....Time..... Discharge Date.....Time.....				
Please give detail relating to this treatment *Please use medical terminology				
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.....				
มีเอกสวมนบ.....				
3.(Did you smell alcohol from the patient?)				
ได้กลิ่นสุราจากผู้ป่วยหรือไม่ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not known				
Level of consciousness <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Drowsiness <input type="checkbox"/> Semi-coma <input type="checkbox"/> Coma				
(Did the patient take any medication, drugs?)				
ผู้ป่วยกินยามาหรือไม่ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (ชื่อ/ชนิด ของยา)..... <input type="checkbox"/> Not known				
Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs).....				
.....				
Underlying diseases.....				
Investigations / Pathological studies.....				
.....				
Diagnosis 1. ICD10-TM.....				
Diagnosis 2. ICD10-TM.....				
Diagnosis 3. ICD10-TM.....				
(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.....Date.....ICD10-TM/ICD9-CM.....				
Result/Complications.....				
Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not known				
For Female is the patient pregnant? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Gestational age.....Wks				
Was the treatment related to infertility? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes.....				
HIV <input type="checkbox"/> Not done <input type="checkbox"/> Done <input type="checkbox"/> Result.....(ในกรณีที่ผู้ป่วยยินยอมให้เปิดเผย : ลายเซ็น.....)				
Has patient ever been treated by other doctor before? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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.....				
(.....) Tel. No. Date.....				