



โรงพยาบาลสตีป กม.10

วันที่...../...../.....

เรื่อง ขอประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสิรินธร

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....หมายเลขบัตรประชาชน

..... ที่อยู่.....

เบอร์โทร..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของนาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประชาชน ---- ซึ่งเข้ารับการรักษาพยาบาล

โรงพยาบาลสตีป กม.10 เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.บัตรผู้ป่วยเลขที่.....

มีความประสงค์

ขอสำเนาประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการรักษาพยาบาลต่อ

ณ สถานพยาบาล.....

ขอสำเนารายการเจ็บป่วยและการรักษาเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการเรียกร้องเงินต่อ

บริษัทประกัน.....

อื่นๆ.....

ซึ่งข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลแจ้งรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล

ทั้งหมดแก่สถานพยาบาล/บริษัทประกันดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

()

* หมายเหตุ เอกสารที่ใช้ประกอบการขอประวัติ

1.บัตรประจำตัวประชาชนและบัตรประจำตัวผู้ป่วยของโรงพยาบาลสตีป กม.10

2.กรณีเป็นบิดา,มารดาหรือบุตร ใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้มาติดต่อ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย บัตรผู้ป่วยของโรงพยาบาล สำเนาทะเบียนบ้านหรือสูติบัตร

3.กรณีคู่สมรส ใช้บัตรประจำตัวประชาชนผู้มาติดต่อ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย บัตร โรงพยาบาล สำเนาทะเบียนสมรส

4.กรณีเป็นญาติหรือพี่น้อง ใช้ใบมอบอำนาจ และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้มอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพยาน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

5.เวลาในการดำเนินการไม่เกิน 7 วันทำการ