



แบบฟอร์มการขอประวัติการรักษาพยาบาล

ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่.....

เรื่อง ขอประวัติการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ด้วย ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เลขบัตรประชาชน.....

ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

เป็น ( ) ผู้ป่วย ( ) ญาติ มีความประสงค์จะขอ

( ) รายงานประวัติการรักษา / ผลตรวจ หรือประวัติการรักษาทั่วไป / ใบรับรองแพทย์	<input type="checkbox"/> ภาษาไทย จำนวน.....ฉบับ <input type="checkbox"/> ภาษาอังกฤษ จำนวน.....ฉบับ
( ) รายงานประวัติการรักษา / ผลตรวจ เพื่อใช้ประกอบการเคลม ประกัน	<input type="checkbox"/> ภาษาไทย จำนวน.....ฉบับ <input type="checkbox"/> ภาษาอังกฤษ จำนวน.....ฉบับ
( ) รายงานประวัติการรักษา / ผลตรวจ ของผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัด	<input type="checkbox"/> ภาษาไทย จำนวน.....ฉบับ <input type="checkbox"/> ภาษาอังกฤษ จำนวน.....ฉบับ
( ) ผลการตรวจทางรังสีเพื่อใส่ในแผ่นซีดี	
( ) ค่าดำเนินการจัดส่งประวัติการรักษา	

ของผู้ป่วยชื่อ-สกุล.....อายุ.....

เลขที่โรงพยาบาล.....มาตรวจที่.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....เพื่อ.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบต่อเอกสารที่ข้าพเจ้าได้รับจากศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์แห่งนี้ หากนำไปใช้ประกอบการอื่นนอกจากที่ระบุไว้จนก่อให้เกิดความเสียหายแก่ศูนย์ความเป็นเลิศฯ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทั้งทางแพ่งและอาญาต่อศูนย์ความเป็นเลิศฯต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ข้าพเจ้าได้รับเอกสารตามที่ขอเรียบร้อยแล้ว  
.....ผู้รับเอกสาร  
วันที่.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

\*แบบหลักฐานการรับเอกสารกรณีส่งทางไปรษณีย์ และ อีเมลล์



1. **สำหรับผู้ป่วย / ผู้ยื่นขอ** ชื่อ-สกุล.....HN.....

เอกสารประกอบการขอประวัติการรักษาพยาบาล

- แบบฟอร์มการขอเอกสาร/ประวัติการรักษาพยาบาล 1 ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย พร้อมรับรองสำเนา 1 ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นคำขอแทนผู้ป่วย พร้อมรับรองสำเนา 1 ฉบับ
- หนังสือแจ้งความจำนงขอประวัติของโรงพยาบาลอื่น 1 ฉบับ
- หลักฐานการชำระเงิน / ใบเสร็จรับเงิน
- หนังสือมอบอำนาจจากผู้ป่วย
- แบบฟอร์มของบริษัทประกันชีวิต
- อื่นๆ.....

ขอประวัติและลงทะเบียนจาก

- สำนักงานธุรการ GMC
- สำนักงานธุรการ TTTCM
- สำนักงานบริหารชั้น 7 CMEx

ผู้ตรวจเอกสาร.....

การตรวจสอบของพนักงานเวชระเบียน

- รับการรักษาที่  ผู้ป่วยนอก  
 ผู้ป่วยใน

ลงชื่อ.....

2. **สำหรับเจ้าหน้าที่**

เรียน เจ้าหน้าที่การเงิน

โปรดเรียกเก็บค่าบริการในการออกเอกสาร ตามประกาศศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เรื่องแนวทางการขอข้อมูลประวัติการรักษาฯ ฉบับลงวันที่ 1 กันยายน 2561

( ) รายงานประวัติการรักษา / ผลตรวจ หรือประวัติการรักษาทั่วไป / ใบรับรองแพทย์	<input type="checkbox"/> ภาษาไทย ฉบับละ 200 บาท <input type="checkbox"/> ภาษาอังกฤษ ฉบับละ 400 บาท
( ) รายงานประวัติการรักษา/ ผลตรวจ เพื่อใช้ประกอบการเคลมประกัน	<input type="checkbox"/> ภาษาไทย ฉบับละ 300 บาท <input type="checkbox"/> ภาษาอังกฤษ ฉบับละ 600 บาท
( ) รายงานประวัติการรักษา/ ผลตรวจ ของผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัด	<input type="checkbox"/> ภาษาไทย ฉบับละ 300 บาท <input type="checkbox"/> ภาษาอังกฤษ ฉบับละ 600 บาท
( ) ผลการตรวจทางรังสีเพื่อใส่ในแผ่นซีดี แผ่นละ 100 บาท	
( ) ค่าดำเนินการจัดส่งประวัติการรักษา ครั้งละ 100 บาท	

3. การเงินได้รับค่าบริการแล้วตามใบเสร็จเลขที่.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงินวันที่

.....

4. เรียน ผอ. เพื่อโปรดพิจารณา

- อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์นเรนทร์ โชติรสนิรมิต)

ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

5. เรียน หัวหน้าศูนย์/หน่วยตรวจ

- ขอความกรุณาให้ข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วยรายนี้ และส่งมายัง  สำนักงานบริหารศูนย์ความเป็นเลิศ ชั้น 7  
 สำนักงานธุรการศูนย์การแพทย์แผนไทยฯ  
 สำนักงานธุรการศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ภายใน 1 สัปดาห์ ด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ..... วันที่.....

6. เรียน เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

ศูนย์...../หน่วยตรวจ.....

ได้ส่งประวัติการรักษาฯ ของผู้ป่วยชื่อ-สกุล.....HN.....มาพร้อมนี้แล้ว

ลงชื่อ..... วันที่.....