แบบรับรองค่าบริการทางการแพทย์กรณีส่งตัวผู้ป่วยมาตรวจรักษาโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....(วันที่ส่งมาทำหัตถการ/การรักษา)

โรงพยาบาลผู้ส่ง..... แผนก/ตึก .....

ชื่อผู้ป่วย ..... เพศ ☐ชาย☐หญิง อายุ ..... ปี เบอร์โทร.....

เลขบัตรประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

สิทธิการรักษา ☐บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ารพ.....☐กรมบัญชีกลาง ☐ประกันสังคม

☐อื่นๆ (ระบุ).....

ชื่อ/แผนกผู้รับประสาน .....

การวินิจฉัยเบื้องต้น.....

เหตุผลการส่ง ☐เพื่อทำหัตการ(ระบุ) .....

☐เพื่อตรวจทางรังสี (ระบุ) .....

☐เพื่อรับยา (ระบุ) .....

☐อื่นๆ(ระบุ) .....

แพทย์ผู้ส่ง.....

ข้อกำหนด

เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดจากโรงพยาบาล.....ในการตรวจรักษาครั้งนี้เท่านั้น ตามระเบียบของสิทธิประโยชน์ของแต่ละกองทุน

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทน

แบบรับรองค่าบริการทางการแพทย์กรณีส่งตัวผู้ป่วยประกันสังคม

เลขที่ XXX วันที่ XXX เวลา 08:45 น.

รพ./สถานพยาบาล รหัส

ผู้ส่ง XXXX	☐☐☐☐	☐☐☐
ผู้รับ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	☐☐☐☐	☐☐☐
ชื่อสถานประกอบการของผู้ประกันตน	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	

สำหรับผู้ส่ง

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน XXXX	HN รพ.ผู้ส่ง	HN รพ.ผู้รับ	
ชื่อ สกุล ผู้ป่วย XXX		เพศ	อายุ

โรค Other inflammatory liver diseases Abscess of liver

แพทย์ผู้ส่ง เกียรติภูมิ สุทธิวงศ์,นพ.

เหตุผลในการส่งตัวเพื่อ

☐ การวินิจฉัย ☐ รักษาเบื้องต้น ☐ รักษาต่อเนื่อง/ตามนัด
☐ ขอทราบผล ☐ เอกซ์เรย์คอมพิวเตอร์ ☐ ตรวจพิเศษอื่นๆ

ข้อกำหนดและความต้องการของผู้ส่ง

1. เรียกเก็บจากโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
   ☐ โดยใช้สิทธิการรักษาได้เฉพาะตรวจพิเศษครั้งนี้เท่านั้น
   ☑ ใช้สิทธิ์ได้ถึงวันที่ ~~30 กันยายน 2569~~ รับบริการเฉพาะ OPD visit วันที่ 22 ก.ย. 68 เท่านั้น
2. โปรดแจ้งผู้ส่งเมื่อวงเงินในการรักษาพยาบาลเกิน 50,000 บาท **หรือการใช้ยากรณีพิเศษ**
3. **กรุณาส่งผู้ป่วยกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเมื่อแพทย์ผู้รักษาพิจารณาแล้วว่าสามารถกลับมารักษาต่อเนื่องได้**

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผู้ส่งจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามสิทธิประโยชน์ของประกันสังคมผู้ป่วยรายนี้ กรณีที่ยังเลือกโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นคู่สัญญาหลัก

เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ไปยัง รพ...

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่

(.....)

(พญ.นุชรินทร์ อักษรดี)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

หมายเหตุ รพ.พระนารายณ์มหาราช ขอรับผิดชอบค่าห้อง ค่าอาหาร อัตราวันละ 400 บาท ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข
รพ.พระนารายณ์มหาราช ขอรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบประกันสังคมเท่านั้น ส่วนเกินผู้ป่วยชำระเงินเอง (โทร 036-785440-9 ต่อ 2304)