

การเคลมประกันผ่านเวชระเบียน



เวชระเบียน



ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้แทนโดยชอบธรรม



ญาติสายตรงของผู้ป่วยมายื่นขอประวัติ (ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรสและบุตร)
○ มีหลักฐานยืนยันความสัมพันธ์สายตรง เช่น สูติบัตร บัตรประชาชน ทะเบียนสมรส (กรณีเป็นคู่สมรส)



ห้องตรวจ

แพทย์ผู้ให้การรักษารूपข้อมูลการรักษา

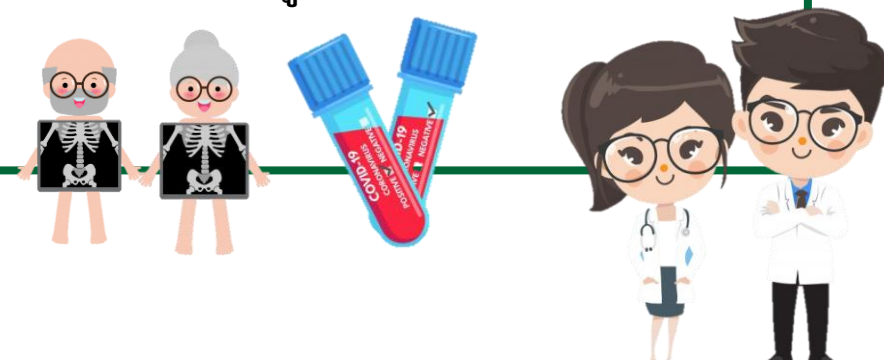


เอกสารสรุปการรักษาของแพทย์
ข้อมูลอื่น จากหมวดข้อมูล EMR พิจารณาตามความเหมาะสม
** ระยะเวลาภายใน 1 สัปดาห์



เวชระเบียน

1. เพื่อประทับตรา รพ. ในเอกสารการรักษา หรือกรณีผู้ป่วยมีความต้องการขอข้อมูล ประกอบการรักษาเพิ่มเติม ประกอบด้วยผล Lab, X-ray, Patho (ครั้งล่าสุด)
2. จนท.เวชระเบียนรับสำเนาประวัติ ตามที่ยื่นคำร้องไว้



การเงิน

ชำระเงินค่าธรรมเนียมนำประกันชีวิต

การขอประวัติเพื่อการรักษา



เวชระเบียน/OPD

กรอกแบบฟอร์มเปิดเผยประวัติ
ที่แผนกเวชระเบียน



กรณีผู้ป่วยมาตามนัด
สามารถแจ้งแผนกที่รักษาได้เลย



ห้องตรวจ

แพทย์ผู้ให้การรักษาสรุบข้อมูลการรักษา



- เสนอแพทย์เจ้าของไข้รับทราบ/อนุญาต
- สรุบเอกสารการรักษาของแพทย์ หรือข้อมูลอื่นๆ
จากหมวดหมู่ EMR พิจารณาตามความเหมาะสม



เวชระเบียน

เพื่อประทับตราโรงพยาบาลในเอกสารการรักษา





กรมการแพทย์
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

แบบฟอร์มขออนุมัติเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เขียนที่โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติเปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

ด้วยข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว).....

เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วย สามี/ภรรยา บุตร ตัวแทนประกันชีวิต/บริษัทประกันชีวิต ผู้รับมอบอำนาจ อื่นๆ.....

มีความประสงค์ขอเปิดเผยประวัติของผู้ป่วยชื่อ.....HN.....

แพทย์ผู้ตรวจรักษา.....

• มีความประสงค์ขอรับ

- สำเนาประวัติการรักษา
- ผลชิ้นเนื้อ
- OPD
- IPD
- ผล X-Ray
- Lab
- ใบเคลม
- ผลอื่นๆ (โปรดระบุ).....

• เพื่อนำไป

- ประกอบการรักษาพยาบาล ที่โรงพยาบาล.....
- เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.....
- เคลมประกัน.....
- ยื่นบริษัทประกันชีวิต.....
- อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

โดยนำหลักฐานมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ ดังนี้

- หนังสือมอบอำนาจ/หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วย
- บัตรประจำตัวประชาชน / บัตรข้าราชการของผู้ป่วย (ผู้ยินยอมให้เปิดเผยประวัติ)
- บัตรประจำตัวประชาชน / ข้าราชการ ผู้ยื่นคำร้อง
- ใบมรณบัตร

ข้าพเจ้าทราบดีว่า การกระทำของข้าพเจ้าอาจเกิดผลเสียต่อโรงพยาบาล

และผู้เกี่ยวข้องหากมีผลเสียเกิดขึ้นจากการกระทำของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบทุกอย่าง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้อนุญาต

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

เบอร์โทร.....

- หมายเหตุ :
1. ถ้าผู้ยื่นคำร้องเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ
 2. กรณีสำเนาเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อใช้ในการเรียกร้องค่าสินไหมต้องชำระ ค่าธรรมเนียม 200 บาท (โรงพยาบาลฯ จะออกใบเสร็จให้)
 3. กรณีมีเอกสารให้แพทย์ผู้ตรวจวินิจฉัยรับรองใบเคลมประกัน ต้องชำระ 200 บาท (สำหรับค่าตอบแทนของแพทย์ไม่ออกใบเสร็จให้)
 4. ในกรณีที่ได้รับเอกสารขอประวัติทางไปรษณีย์จะมีค่าบริการ 300 บาท

สำหรับเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจเอกสาร

(.....)



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

วันที่

เรื่อง

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า

อายุปี เชื้อชาติ สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่.....

ตรอก, ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด

ได้มอบอำนาจให้ อายุ.....ปี

เชื้อชาติ สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่

ตรอก, ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัดเป็นผู้มีอำนาจจัดการ.....

แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจของข้าพเจ้าได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้
เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือ หรือลายนิ้วมืออันแท้จริงของผู้มีอำนาจกับผู้รับมอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
กับผู้มอบอำนาจ ได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าแล้ว

.....พยาน

(.....)

.....พยาน

(.....)