

# แบบฟอร์มการเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน และแฟกซ์เคลม (IPD Admission & FAX Claim Form)

<b>ถึง/ To</b>	บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) Thai Health Insurance Public Company Limited โทรศัพท์/Tel 02-2029260 - 65 โทรสาร/Fax 02-2029268 - 69	<b>จาก From</b>	โรงพยาบาล/Hospital..... ห้อง/Room ..... โทรศัพท์/Tel ..... โทรสาร/Fax..... ชื่อผู้ส่ง/Sender..... เวลา/Time.....
--------------------	---	---------------------	--

**ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกัน/Section 1 For the Insured Person**

ชื่อ-นามสกุล / Name ..... วัน/เดือน / ปีเกิด/Date of Birth ..... อายุ / Age ..... ปี / Yrs.  
 บัตรประชาชน / อื่นๆ / ID Card/Other-please specify ..... เลขที่/No. ....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน/Current Address ..... โทรศัพท์/Tel. No. ....  
 อาชีพ / Occupation ..... สถานที่ทำงาน / Workplace.....  
 บริษัทประกันภัยอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุ)/Other insurers (if any, please specify) ชื่อบริษัท / Company Name .....  
 หมายเลขกรมธรรม์/Policy No. .... ประเภทของการประกันภัย/Type of insurance .....

จากการเกิดเหตุครั้งนี้ท่านเคยรักษามาก่อนที่โรงพยาบาล/As a result of this incident, I have been treated at .....  
 เมื่อวันที่/Date of treatment ..... โดยได้ใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวนเงิน/Cost of treatment ..... บาท/Baht

**หนังสือให้ความยินยอม/Letter of Consent**

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาครั้งนี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้ว ตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ส่วนค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบอำนาจนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I agree and authorize the Company to pay medical expenses to the hospital where I have been treated. This payment will be considered as reimbursement of medical expenses under the terms and conditions of the policy. I shall be responsible for and pay myself any medical expenses in excess of the company's liability to the hospital directly.

I hereby authorize any hospital, doctor or other person who has attended to me or any member of my family to furnish the Insurance Company or its representatives with all information including medical history, consultations, prescriptions, treatment, and copies of all hospital and medical records that are related to this claim. I agree that a photocopy of this Authorization shall be considered as effective and valid as the original.

ลงนาม/Sign ..... ผู้เอาประกันภัย/Insured      ลงนาม/Sign ..... พยาน/Witness  
 (.....)      (.....)

วันที่/Date .....      วันที่/Date .....

**ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา/Section 2 For the Attending Physician**

HN. .... AN. ....

Admission date: ..... Time= ..... BP= ..... T= ..... P= ..... R= .....

Is the injury/illness directly related to an accident?       Yes       No

Is the injury/illness influenced by the use of alcohol or drugs?       Yes       No

Chief complaint/Duration: .....

Initial diagnosis: ..... Underlying conditions/disease: .....

Reason for admission: .....

Provisional diagnosis: ..... ICD 10: .....

Treatment plan: ..... ICD 9: .....

Expected length of stay: ..... day(s) Estimated cost of treatment (THB): ..... Previous treatment for similar illness:       Yes       No

Date of consultation: ..... Hospital: .....

Other comments: .....

Doctor's Signature: ..... License Number: .....

(.....) Speciality: .....

**ส่วนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท / Section 3 For the Company Officer**

กรมธรรม์มีผลบังคับ / Policy is effective

ไม่สามารถใช้สิทธิแฟกซ์เคลมได้ / Not eligible for FAX Claims

( ) กรมธรรม์สิ้นสุดความคุ้มครอง / Policy is expired .....

( ) กรมธรรม์ไม่คุ้มครองตามข้อยกเว้น / Not covered by the policy .....

( ) อื่นๆ/ Other.....

ลงชื่อ/Sign ..... เจ้าหน้าที่สินไหม/Assessor      วันที่/Date ..... เวลา/Time.....

## แบบฟอร์มการเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน และแฟกซ์เคลม (IPD Admission & FAX Claim Form)

<b>ถึง/ To</b>	บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) Thai Health Insurance Public Company Limited โทรศัพท์/Tel 02-2029260 - 65 โทรสาร/Fax 02-2029268 - 69	<b>จาก From</b>	โรงพยาบาล/Hospital..... ห้อง/Room ..... โทรศัพท์/Tel ..... โทรสาร/Fax ..... ชื่อผู้ส่ง/Sender ..... เวลา / Time .....
--------------------	---	---------------------	---

**ส่วนที่ 4 ใบรายงานแพทย์/Section 4 Physician's Discharge Summary**

Patient's Name ..... HN ..... AN .....  
Admission Date ..... Time ..... Discharge Date ..... Time .....

Please give full details relating to the treatment.

**For Illness:**

1. The date you first saw the patient for this illness: .....
2. Chief complaint and duration of symptoms: .....
3. In your opinion, how long should symptoms persist for this illness: .....

**For Accident:**

1. Date & time of accident ..... Date & time you first saw this patient .....
2. Cause of accident, nature of wound, injured organs: .....
3. Was the patient under the influence of alcohol or drugs at the time of arrival to the hospital?  Yes  No

Pertinent clinical findings (Symptoms & Signs): .....

Underlying diseases: .....

Investigations/pathological studies: .....

Diagnosis 1 ..... ICD10 .....

Diagnosis 2 ..... ICD10 .....

Diagnosis 3 ..... ICD10 .....

Please state the diagnosis leading to treatment on this admission (not including underlying diseases or conditions not treated). Please rank in order from the most important.

Treatment: .....

Surgery/Operation ..... ICD9/CPT .....

Result/Complications .....

- Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction?  Yes  No
- Is the patient pregnant?  Yes  No Gestation Age ..... Wks
- Was the treatment related to infertility?  Yes  No
- HIV test?  Done  Not done Result .....
- Has the patient been treated by other doctors?  Yes  No, Please give name and address .....

**The Patient's Medical History**

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Physician/ Hospital Name

Estimated time for recovery .....

Other comments .....

Doctor's Signature: ..... License Number: .....

(.....) Speciality: .....

วันที่/Date .....