

แบบฟอร์มการเข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก กรณีเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ (OPD Claim Form)

ถึง/ To	บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) Thai Health Insurance Public Company Limited โทรศัพท์/Tel 02-2029260 - 65 โทรสาร/Fax 02-2029268 - 69	จาก/ From	โรงพยาบาล/Hospital HN โทรศัพท์/Tel โทรสาร/Fax วันที่/Date..... เวลา/Time ผู้ส่ง/Sender
--------------------	---	----------------------	--

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย/Section 1 For the Insured Person

ชื่อ-นามสกุล/Name วันเดือนปีเกิด/Date of Birth อายุ/Age ปี/Yrs.
 บัตรประชาชน/อื่นๆ/ID Card/Other-please specify เลขที่/No.
 ที่อยู่ปัจจุบัน /Current Address โทรศัพท์/Tel.
 อาชีพ/Occupation สถานที่ทำงาน/ Workplace.....
 บริษัทประกันภัยอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุ)/Other insurers (if any, please specify) ชื่อบริษัท/Company name
 หมายเลขกรมธรรม์/Policy No. ประเภทของการประกันภัย/Type of insurance
 อาการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ ลักษณะของอาการ หรือการเกิดเหตุโดยสังเขป/Symptoms of illness or injury & brief details of, or how the accident occurred

 วันที่เกิดเหตุ/Date of accident เวลา/Time สถานที่เกิดเหตุ/Place of accident
 การเจ็บป่วย/การบาดเจ็บครั้งนี้ท่าน/As result of this illness/injury:
 ไม่เคยรักษาที่ได้มาก่อน/I have not been treated.
 เคยรักษามาก่อนที่โรงพยาบาล/I have been treated at เมื่อวันที่/Date of treatment
 โดยได้ใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น/The cost of treatment that has already been paid บาท/Baht
 ยังคงเหลือวงเงินตามสิทธิสำหรับค่ารักษาพยาบาลอีก/The balance remaining under the limit for medical expenses บาท/Baht

หนังสือให้ความยินยอม/Letter of Consent

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ไบสังยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ **บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)** หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ หนึ่ง สำเนาใบมอบอำนาจนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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 & medical records 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

The Patient's Name
 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:
 1. Symptom/Accident date
 2. Date you first saw the patient for this injury/illness
 3. (a) Details of injury/Present illness
 (b) Pertinent clinical findings (symptom & signs).....
 4. Diagnosis 1 ICD10.....
 Diagnosis 2 ICD10.....
 5. Treatment Suture stitch Wound dressing Physical therapy Others
 Medication/Investigation/Other (please specify):.....
 6. Is the patient pregnant at the time of treatment? No Yes Weeks (LMP)
 7. Other comments

I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.

Hospital Telephone No.
 Name of physician..... License No. Speciality
 Signature Date