HRH PRINCESS MAHA CHAKRI SIRINDHORN MEDICAL CENTER
DEPARTMENT OF PATHOLOGY FACULTY OF MEDICINE
SRINAKHARINWIROT UNIVERSITY

ยื่นใบ วันที่.................................
นัดรับ วันที่.................................
ผู้จ่ายของ.................................

ใบคำร้องขอบล็อก/สไลด์ทางพยาธิวิทยา

วันที่ .... เดือน .... พ.ศ. ....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ข้าพเจ้า...เลขประจำตัวประชาชน...
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ...หมายเลขโทรศัพท์มือถือ..เกี่ยวข้อง
กับผู้ป่วยเป็น ❑ ผู้ป่วย ❑ ญาติสายตรง เกี่ยวข้องเป็น...................................... ❑ ผู้รับมอบอำนาจ ❑ แพทย์ผู้ทำการรักษา
ของผู้ป่วย ชื่อ...สกุล...อายุ...........ปี หมายเลขผู้ป่วยนอก HN...............................
โดยแนบหลักฐานประกอบดังนี้

❑ สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย
❑ สำเนาสูติบัตรเฉพาะผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี
❑ สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นขอ
❑ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
❑ สำเนาทะเบียนสมรส
❑ หนังสือมอบอำนาจจากผู้ป่วย 1 ฉบับ
❑ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล
❑ บันทึกข้อความจากโรงพยาบาลอื่น

มีความประสงค์มาขอรับ

❑ พาราฟินบล็อก หมายเลข...
❑ สไลด์แก้ว หมายเลข...

เพื่อนำไป ❑ รักษาต่อ ที่...
❑ ส่งตรวจเพิ่มเติม ที่...นำกลับเมื่อ..
❑ อื่นๆ ได้แก่...

หากเกิดความเสียหายกับพาราฟินบล็อกหรือสไลด์แก้วของผู้ป่วยดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดขอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์และดำเนินการต่อไปด้วย

ลงชื่อ...ลายมือชื่อผู้ขอ
(ตัวบรรจง...)

หมายเหตุ
- กรุณาเซ็นรับรองสำเนาทุกฉบับด้วยลายเซ็นจริง **ด้วยหมึกสีน้ำเงิน**
- เนื่องจากต้องใช้เวลาในการค้นบล็อก/สไลด์ และตัดสไลด์แก้วเพิ่มเติม เจ้าหน้าที่จะ**นัดวันเพื่อรับสไลด์และบล็อก**ในภายหลัง และ**มีค่าตัดสไลด์เพิ่มเติม**
- โปรดติดต่อในวันทำการ เวลา 8.00-16.00 น.

เอกสารที่ต้องใช้

1. ผู้ป่วยมารับด้วยตนเอง อายุมากกว่า 15 ปี ใช้สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย
2. ผู้มาขอเป็นญาติสายตรงของผู้ป่วย (บิดา, มารดา และบุตร)
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย/ สูติบัตร กรณีอายุต่ำกว่า 15 ปี
- สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นขอ
- สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร กรณีบุตรเป็นผู้มาขอ
3. ผู้มาขอเป็นสามีหรือภรรยา
- สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย
- สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นขอ
- สำเนาทะเบียนสมรส
4. ผู้มาขอไม่ใช่ญาติสายตรงของผู้ป่วย
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย/ สูติบัตร กรณีอายุต่ำกว่า 15 ปี
- สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นขอ
- หนังสือมอบอำนาจจากผู้ป่วย 1 ฉบับ ติดอากรแสตมป์ 10 บาท
5. แพทย์ผู้ทำการรักษาของ ศกพ แสดงบัตรประจำตัวหรือบัตรประชาชนต่อเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ กรณีใช้ในงานวิจัย ให้ติดต่อพยาธิแพทย์โดยตรงก่อน*

ต.ค.64