



ใบคำร้องขอรายงานการตรวจทางพยาธิวิทยา

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ข้าพเจ้า.....เลขประจำตัวประชาชน.....

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ..... ซึ่งเป็น

ผู้ป่วย ญาติ เกี่ยวข้องเป็น..... ตัวแทนบริษัทประกันชีวิต ผู้รับมอบอำนาจของผู้ป่วย
ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี หมายเลขผู้ป่วยนอกนอก HN.....

หมายเลขผู้ป่วยนอกนอก AN.....ซึ่งได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อวันที่.....

โดยแนบหลักฐานประกอบดังนี้

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย | <input type="checkbox"/> สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล |
| <input type="checkbox"/> สำเนาสูติบัตรเฉพาะผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี | <input type="checkbox"/> แบบฟอร์มจากบริษัทประกันชีวิต |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นขอ | <input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณบัตร |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร | <input type="checkbox"/> หนังสือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลการรักษา |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส | <input type="checkbox"/> บันทึกข้อความจากโรงพยาบาลอื่น |
| <input type="checkbox"/> หนังสือมอบอำนาจจากผู้ป่วย 1 ฉบับ | |

มีความประสงค์มาขอรับสำเนาผลการตรวจชิ้นเนื้อหรือเซลล์วิทยา หมายเลข.....

- เพื่อนำไป รักษาต่อ ที่..... ขอรับเงินจากกองทุนประกันสังคม
 ประกอบการเบิก..... ยื่นบริษัทประกันชีวิต
 ยื่นต่อศาล อื่นๆ ได้แก่.....

หากเกิดความเสียหายเนื่องจากการเปิดเผยประวัติผลทางพยาธิวิทยาของผู้ป่วยดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุเคราะห์และดำเนินการต่อไปด้วย

ลงชื่อ.....ลายมือชื่อผู้ขอ
(ตัวบรรจง.....)

หมายเหตุ

- กรุณาเซ็นรับรองสำเนาทุกฉบับด้วยลายเซ็นจริง **ด้วยหมึกสีน้ำเงิน**
- เอกสาร 1 ชุด ใช้กับการขอใบรายงานผลทางพยาธิวิทยาของผู้ป่วย 1 ฉบับ
- โปรดติดต่อในวันทำการ เวลา 8.00-16.00 น.

เอกสารที่ต้องใช้

- | | |
|--|--|
| <p>1. ผู้ป่วยมารับด้วยตนเอง อายุมากกว่า 15 ปี ใช้สำเนาบัตรประชาชน ผู้ป่วย</p> <p>2. ผู้มาขอเป็นญาติสายตรง (บิดา, มารดา หรือบุตร) หรือคู่สมรสของผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย/สูติบัตร กรณีอายุต่ำกว่า 15 ปี - สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นขอ - สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร กรณีบุตรเป็นผู้มาขอ - สำเนาทะเบียนสมรส กรณีคู่สมรสเป็นผู้มาขอ - สำเนาใบเปลี่ยนชื่อนามสกุล ถ้ามี | <p>3. ผู้มาขอไม่ใช่ญาติสายตรงของผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำเนาบัตรประชาชนของผู้ป่วย/สูติบัตร กรณีอายุต่ำกว่า 15 ปี - สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นขอ - หนังสือมอบอำนาจจากผู้ป่วย 1 ฉบับ ติดอากรแสตมป์ 10 บาท - แบบฟอร์มจากบริษัทประกันชีวิต กรณีใช้ยื่นกับบริษัทประกันชีวิต - หนังสือยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลการรักษา กรณีใช้ยื่นกับบริษัทประกันชีวิต - สำเนาใบเปลี่ยนชื่อนามสกุล ถ้ามี - สำเนาใบมรณบัตร กรณีผู้ป่วยเสียชีวิต |
|--|--|