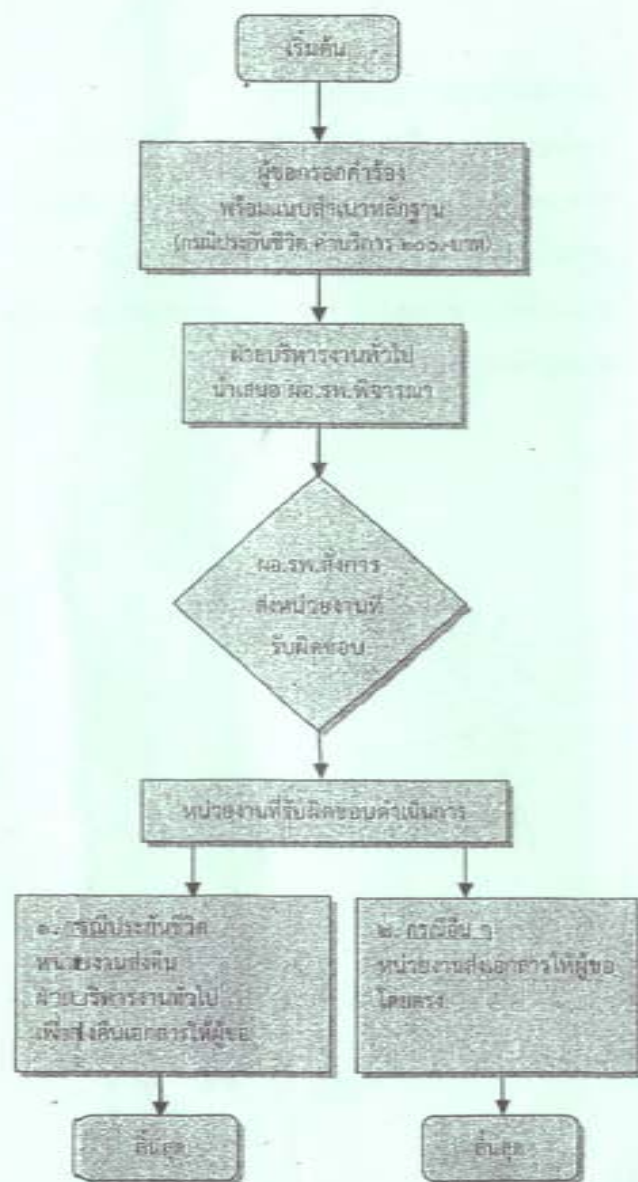


ขั้นตอนการยื่นขอประวัติ



โรงพยาบาลกลาง

ระเบียบปฏิบัติ

การยื่นขอประวัติการรักษาพยาบาล

หลักฐานในการยื่นขอประวัติการรักษาของผู้ป่วย

กรณีผู้ขอติดต่อด้วยตนเอง

๑. บัตรประจำตัวประชาชน

กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทน

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนเจ้าของประวัติพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๒. บัตรประจำตัวประชาชนผู้รับมอบอำนาจหรือ

ผู้ดำเนินการแทนตามมาตรา ๒๔

๓. หนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท)

๔. กรณีประกันชีวิตต้องมีหนังสือให้ความยินยอม

เปิดเผยประวัติของเจ้าของประวัติ

กรณีผู้ขอยังไม่บรรลุนิติภาวะ

๑. บัตรประจำตัวประชาชนของบิดา มารดา ผู้ปกครอง

๒. สูติบัตร

๓. สำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อบิดา มารดา และผู้ขอ

กรณีเจ้าของประวัติเสียชีวิตโดยมิได้ทำพินัยกรรม

๑. สำเนาใบมรณบัตร

๒. สำเนาทะเบียนบ้านที่จำหน่าย

๓. บัตรประจำตัวประชาชนผู้ขอ ตามมาตรา ๒๔

๔. หลักฐานแสดงความเกี่ยวพันเป็นบุคคล

ตามมาตรา ๒๔

๕. กรณีประกันชีวิตมีกรมธรรม์ระบุชื่อผู้รับผลประโยชน์

ผู้รับประวัติการรักษา

๑. เจ้าของประวัติ

๒. เจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐตามมาตรา ๒๔ แห่ง

พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. ๒๕๔๐ โดยแสดงบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ

๓. ผู้อื่นที่เจ้าของประวัติให้ความยินยอมเป็นหนังสือไว้แล้ว และมีหนังสือมอบอำนาจ พร้อมแสดงบัตรพนักงานประกันชีวิต และบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ

๔. กรณีเจ้าของประวัติถึงแก่กรรม และมีได้ทำพินัยกรรมกำหนดไว้เป็นอย่างอื่น ให้บุคคลตามมาตรา ๒๔ ตามลำดับก่อนหลัง มีสิทธิดำเนินการแทนดังต่อไปนี้

- (๑) บุตรชอบด้วยกฎหมายหรือบุตรบุญธรรม

- (๒) คู่สมรส

- (๓) บิดาหรือมารดา

- (๔) ผู้สืบสันดาน

- (๕) พี่น้องร่วมบิดามารดา

ทั้งนี้ โดยแสดงหลักฐานบุคคลตามข้อ ๑ ถึง ข้อ ๕ เรียงตามลำดับแล้วแต่กรณี

อัตราค่าบริการ

ผู้ขอประวัติการรักษาเพื่อแสดงต่อบริษัทประกันชีวิต
ต่อเสียค่าบริการ ๒๐๐.-บาท ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร
เรื่อง ค่าบริการ พ.ศ. ๒๕๓๐

สอบถามข้อมูลรายละเอียดได้ที่ :

กลุ่มงานธุรการ ชั้น 19 ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

514 อาคาร๑๐๑ แขวงป้อมปราบ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย

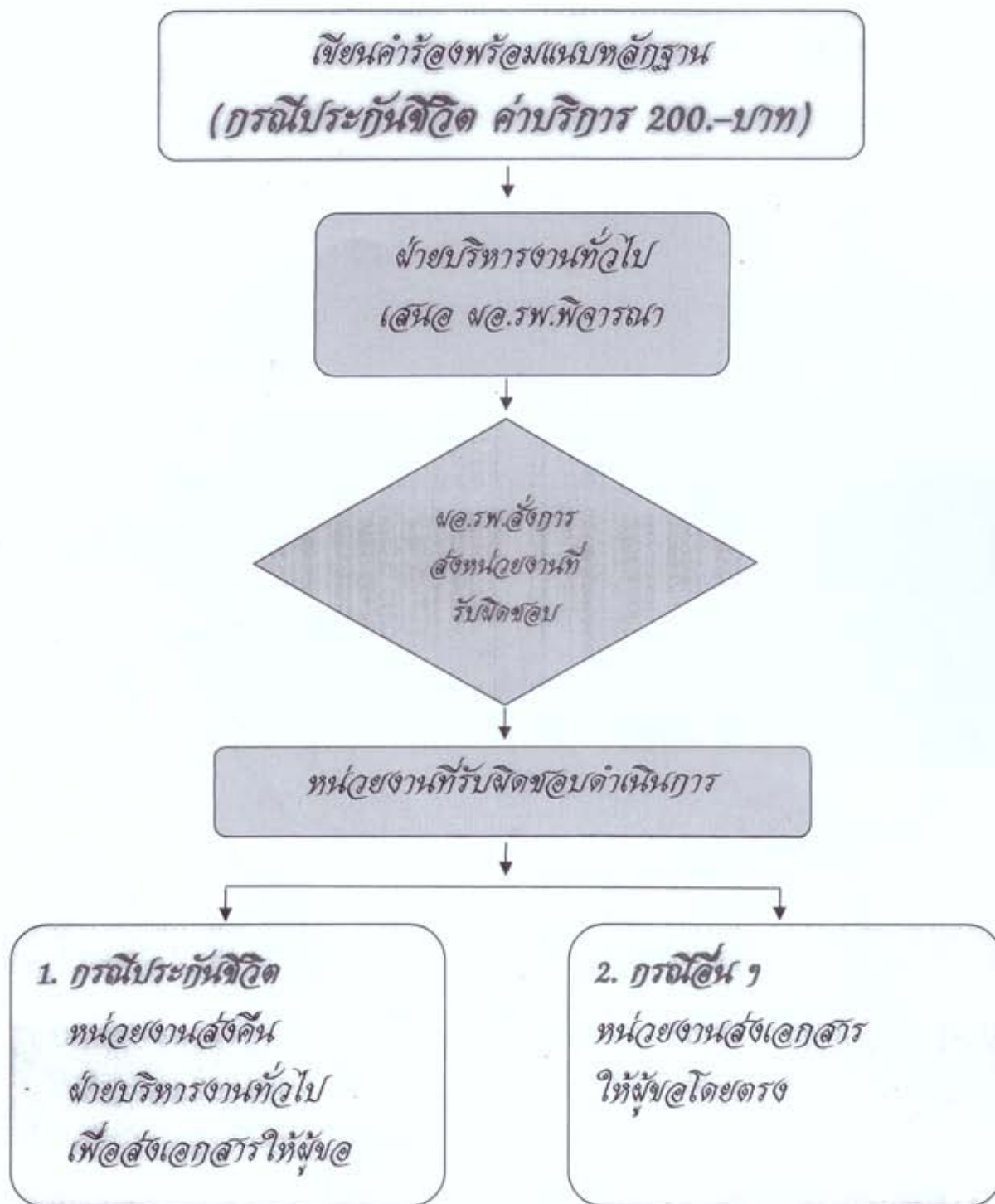
กรุงเทพฯ 10100 โทร. 0 2222 2424 ต่อ 11934

รณเมธีพันธ์ อาคาร๑๐๑ : โทร 15 21 35 47 48 49 508

รณเมธีพันธ์ อาคาร๑๐๑ : โทร 7 204



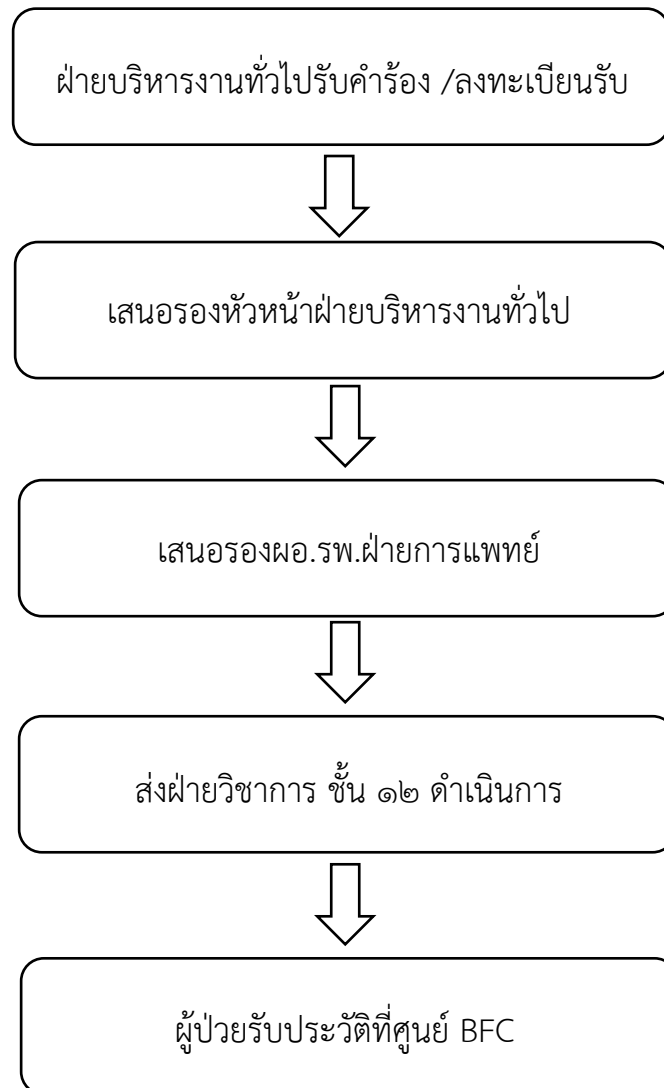
ขั้นตอนการยื่นขอประวัติ



หมายเหตุ กรณีประกันชีวิตต้องนำไปเคอแมเอง

ระยะเวลาดำเนินการอย่างน้อย 7 วันทำการ (ไม่รวมวันหยุด)

ขั้นตอนการขอประวัติการรักษา



*หมายเหตุ กรณีต้องการเอกสารด่วนภายในวันที่ยื่นคำร้อง เมื่อเขียนคำร้องเสร็จแล้วจะถ่ายสำเนาคำร้องให้ฝ่ายวิชาการ ชั้น ๑๒ และให้ไปนัดไปรับที่ศูนย์ BFC



โรงพยาบาลกลาง

BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION GENERAL HOSPITAL

๕๑๔ ถนนหลวง แขวงป้อมปราบ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ ๑๐๑๐๐ โทร. ๐ ๒๒๒๐ ๘๐๐๐

วันที่.....

ประเภทผู้รับบริการ () ผู้รับบริการ () ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ

เรื่อง ขอประวัติการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

ด้วยข้าพเจ้า นาย /นาง /นางสาว.....

หมายเลขบัตรประชาชน

เป็น.....ของ นาย/ นาง/ นางสาว.....

หมายเลขบัตรประชาชน

ซึ่งเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัตรผู้ป่วยเลขที่.....มีความประสงค์ ดังนี้

☐

ขอแบบรายงานแพทย์ผู้รักษา (ประกัน)

☐

ขอสำเนาประวัติการรักษาพยาบาล

☐

ขอใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล

☐

อื่นๆ.....

เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานมาด้วยแล้ว

เรียน หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป

ขอแสดงความนับถือ

ได้ตรวจสอบเอกสารครบถ้วนถูกต้อง

เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้ตรวจสอบ

เรียน ผอ.รพก. (ผ่าน รพอ.รพ. ฝ่ายการแพทย์)

เพื่อโปรดพิจารณา และมอบฝ่ายวิชาการ

ดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....

(.....)

หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ขอประวัติ) ที่ติดต่อได้.....

