แบบฟอร์มเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD)

C 30010002

เลขที่บัตรประชาชน ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐

เลขที่กรมธรรม์ _____

my allianz

สะดวกและรวดเร็ว

☑ เบิกเคลมออนไลน์

☑ รับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร

☑ เปลี่ยนแปลงที่อยู่

โหลดเลย

ต้องการเอกสารคืนหรือไม่ ☐ ไม่ต้องการ ☐ ต้องการ

ให้ส่งเอกสารไปที่ ☐ ที่อยู่ของผู้เอาประกันที่ระบุในแบบฟอร์มนี้

☐ ตัวแทนที่ระบุในแบบฟอร์มนี้

☐ อื่น ๆ โปรดระบุ _____

_____

_____

ชื่อผู้นำส่ง _____ โทรศัพท์ _____ วันนำส่ง _____

ชื่อตัวแทน | ผู้บริหารตัวแทน | นายหน้า _____ รหัส _____ โทรศัพท์ _____

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย _____ วัน เดือน ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อหมู่บ้าน | อาคารชุด _____ เลขที่ _____ หมู่ _____ ซอย _____

ถนน _____ แขวง | ตำบล _____ เขต | อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์บ้าน | โทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____

กรณีเกิดอุบัติเหตุ วันที่เกิดอุบัติเหตุ _____ เวลาเกิดเหตุ _____ น. สถานที่เกิดเหตุ _____

ขอส่งเอกสารเพื่อประกอบการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	วันที่รับการรักษา	เลขที่ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ	จำนวนเงิน	ใบรับรองแพทย์	
				มี	ไม่มี

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัย ขอรับรองว่าการเจ็บป่วยและเอกสารประกอบการพิจารณาถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย

( )

วันที่ _____

**กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

หนังสือแจ้งความจำนง

ข้าพเจ้าตกลงมอบฉันทะให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่ง เปิดเผยข้อมูลประวัติสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจรักษา หรือการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า พร้อมสำเนาเอกสารให้แก่บริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง รวมถึงทำการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดไป ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนและการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย อนึ่ง สำเนาของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย

( )

วันที่ _____

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name…… ID Card No | | | | | | | | | | | | | |

Sex : ☐ Male ☐ Female H.N.# …… A.N.# …… X.N.# ……

Consultation Date……(OPD case) or Admission Date ……Time …… Discharge Date ……Time……

For illness :

1. Date you first saw this patient for this illness ?.....
2. Chief complaint and duration of symptoms ……
3. In your opinion, how long should these symptoms persist for this illness……

For Injury:

1. Date & Time of injury……Date & Time you first saw this patient……
2. Cause of injury……
3. (Did you smell alcohol from the patient) ได้กลิ่นสุราจากผู้ป่วยหรือไม่ ☐ No ☐ Yes ☐ Not known

   Level of consciousness ☐ Normal ☐ Confusion ☐ Drowsiness ☐ Semi-coma ☐ Coma

   (Did the patient take any medication,drugs?) ผู้ป่วยกินยามาหรือไม่ ☐ No ☐ Yes (ชื่อ/ชนิด ของยา.....) ☐ Not known

Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs) / nature of wound and injured organs……

……

……

Past History / Underlying diseases……

Investigations……

……

Diagnosis 1. ……ICD10 ……Diagnosis 2. …… ICD10 ……

Diagnosis 3. ……ICD10 ……Diagnosis 4. …… ICD10 ……

Treatment……

……

Surgery/Operation…… ICD-9CM or 10TM…… Date performed……

Anesthesia type : ☐ GA ☐ LA …… Pathology report……

Result / Complications……

Is the illness related to alcohol , drug abuse or addiction ? ☐ No ☐ Yes ……

For Female : Was the patient pregnant at the time of treatment? ☐ No ☐ Yes ……wks (LMP……)

Was the treatment related to infertility ? ☐ No ☐ Yes ……

HIV test ☐ Not done ☐ Done Result .....

Has the patient ever been treated by other doctors before? ☐ No ☐ Yes, please give name and address……

……

Was the injury/illness contributed to or influenced by any of the following (e.g. Pre-existing weakness or extened period of disability)?

a) Physical defects/congenital anomaly ☐ No ☐ Yes

b) Unfavorable past medical history ☐ No ☐ Yes

c) Degenerative change (s) ☐ No ☐ Yes

d) A family history that increased the probability or severity of this disease ☐ No ☐ Yes

e) Doctor's advice to have periodic **" Medical Screening "** for this disease of increased risk ? ☐ No ☐ Yes

If the answer is **" yes "** , please specify ……

Other past medical history :

Date	Sign & Symptom	Diagnosis	Treatment	Doctor / Hospital's Name

Other comments about the injury / illness……

……

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.

Name of physician…… Specialty…… License No……

Hospital Name…… Address…… Telephone No……

Signature…… Date ……

(……)

ข้อควรทราบ ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง