โรงพยาบาลหนองหงส์

วันที่...../...../.....

เรื่อง ขอประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหงส์

ด้วยข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....หมายเลขบัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทร.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของนาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ซึ่งเข้ารับการรักษาพยาบาล

โรงพยาบาลหนองหงส์เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... มีความประสงค์

☐ ขอสำเนาประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาเพื่อเป็นกลักฐานประกอบการรักษาพยาบาลต่อ ณ สถานพยาบาล.....

☐ ขอสำเนาการเจ็บป่วยเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการเรียกร้องต่อบริษัทประกัน.....

☐ อื่นๆ.....

ซึ่งข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลแจ้งรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลทั้งหมดแก่สถานพยาบาล/บริษัทประกันดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

( )

หมายเหตุ เอกสารที่ใช้ประกอบการรักษา

1.บัตรประจำตัวประชาชน

2.**กรณีเป็นบิดา,มารดาหรือบุตร** ใช้สำเนาบัตรประชาชนผู้มาติดต่อ สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย

3.**กรณีคู่สมรส** ใช้สำเนาบัตรประชาชนผู้มาติดต่อ สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วยและทะเบียนสมรส

4.**กรณีเป็นญาติหรือพี่น้อง** ใช้ใบมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง สำเนาบัตรประชาชนพยานพร้องรับรองสำเนาถูกต้อง

5.เวลาดำเนินการไม่เกิน 7 วันทำการ