

แบบฟอร์มการขอใช้บริการ “Health Care” ผู้ป่วยนอก

สำหรับผู้เอาประกันภัย ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี เพศ..... เลขที่บัตรประชาชน <input style="width:100px;" type="text"/> เลขที่กรมธรรม์ <input style="width:100px;" type="text"/> ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ / โรงพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดที่ทำการตรวจรักษา ข้าพเจ้า แจ้งข้อมูลหรือเปิดเผยประวัติทางการแพทย์ และบันทึกการตรวจรักษารวมทั้ง สำเนาเอกสารทั้งหมดต่อ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ ได้รับมอบหมายและถือสำเนาใบยินยอมนี้มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ลง..... วันที่..... ลายมือชื่อผู้ป่วย..... เวลา.....	ชื่อสถานพยาบาล..... วันที่เข้ารักษา...../...../..... เวลา..... น. เลขที่บัตรผู้ป่วย..... แผนก <input type="radio"/> GP <input type="radio"/> MED <input type="radio"/> SURG <input type="radio"/> ORTHO <input type="radio"/> OB.GYN. <input type="radio"/> EYE <input type="radio"/> ENT <input type="radio"/> ER <input type="radio"/> จิตเวช <input type="radio"/> PED <input type="radio"/> อื่นๆ สาเหตุ <input type="radio"/> 1. การเจ็บป่วย <input type="radio"/> 2. อุบัติเหตุ <u>วันที่เกิดเหตุ</u>
--	---

อาการ/สาเหตุ.....

.....

การวินิจฉัยโรค.....

.....

ความเห็นอื่นๆ.....

INVESTIGATION & LABORATORIES	จำนวนเงิน	TREATMENT	จำนวนหน่วย	จำนวนเงิน
LAB.....	รายการยาและเวชภัณฑ์	.....	.....
.....	1. ....	.....	.....
.....	2. ....	.....	.....
.....	3. ....	.....	.....
การตรวจวินิจฉัยอื่นๆ	4. ....	.....	.....
.....	5. ....	.....	.....
.....	6. ....	.....	.....
รวม			รวมทั้งสิ้น	
			เรียกเก็บกับบริษัทฯ จำนวน(บาท)	
			เรียกเก็บส่วนเกินสิทธิ์กับสมาชิก จำนวน(บาท)	

แพทย์ผู้ตรวจ..... ผู้ทำรายงาน.....

ใบประกอบวิชาเวชกรรมเลขที่..... (โปรดประทับตราของสถานพยาบาลที่นี้)

Care Card (PPO และ CARE) - การรักษาแบบผู้ป่วยนอก สามารถรักษาได้ทั้งอุบัติเหตุ และความเจ็บป่วย(กรณี OPD มีระบุความคุ้มครอง) - กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน 24 ชม. แรก ใช้สำหรับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลเท่านั้น (ไม่สามารถ ใช้วงเงินนี้ในกรณีคำรักษาพยาบาลต่อเนื่องได้ - ให้ใช้วงเงิน OPD แทน)	Care Card PA - ใช้ได้ในกรณีคำรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุซึ่งรักษาได้ทั้ง กรณีที่เกิดเหตุภายใน 24 ชม.แรก หรือคำรักษาต่อเนื่อง
---	--