

แบบฟอร์ม: การตรวจร่างกาย (Physical Examination)



ส่วนนี้กรอกรายละเอียด โดยแพทย์ปริญญามีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1

หากมีค่าธรรมเนียมผู้เรียกร้องค่าชดเชยเป็นผู้รับผิดชอบ

(This form must be completed by physician and physical examination cost have to be responsible by the claimant)

ก. ชื่อผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....ปี ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก.....กก.
(Insured's) (Age) (year) (Height) (Cm.) (Weight) (Kg.)

ข. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ (Please specify causes and severity of disability.)

.....
.....
.....

ค. กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอกซเรย์ หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ

(Please specify the results of Neurological examination, Laboratory tests, X-ray, Echo, Other special investigation.)

.....
.....
.....

ง. กรุณาระบุอาการและการรักษาที่ผู้เอาประกันภัยได้รับตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพ (Please specify the symptoms and treatments since the disability occurred.)

.....
.....
.....

จ. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

.....
.....

ฉ. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ (Complications)

.....
.....

ช. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ :..... จนถึง :.....

(Treatment render by you since)

(Until)

แบบฟอร์ม: การตรวจร่างกาย (Physical Examination)

ชื่อ - นามสกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN :.....

1. ประวัติการเจ็บป่วยโดยสรุป

การวินิจฉัยโรค.....

ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่.....จนถึง.....ที่สถานพยาบาล.....

2. การตรวจร่างกาย ใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง และเติมข้อความ

2.1. ระดับความรู้สึกตัว (Level of consciousness)	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัวดี (Full Consciousness) <input type="checkbox"/> สับสน (Confusion) <input type="checkbox"/> ชงง ซึม (Drowsiness) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว แต่มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด (Semi-coma) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว และไม่มีการตอบสนองต่อความเจ็บปวด (Coma)
2.2. กำลังของกล้ามเนื้อ (Muscle power)	0. ไม่มีการเคลื่อนไหวได้เลย 1. เคลื่อนไหวเพียงพอมองเห็นได้ 2. เคลื่อนไหวได้ตามแนวราบของโลกได้ 3. เคลื่อนไหวต้านแรงถึงจุด 4. มีกำลังน้อย 5. มีกำลังปกติ
ขวา มือ 0 1 2 3 4 5 ซ้าย มือ 0 1 2 3 4 5	แขน 0 1 2 3 4 5 ขา 0 1 2 3 4 5
2.3. การลีบของกล้ามเนื้อ (Muscle atrophy) ถ้ามีโปรดระบุ มาก ปานกลาง น้อย	ขวา แขน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี..... ขา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี..... ซ้าย แขน <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี..... ขา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....
2.4. ไม่สามารถเคลื่อนไหว แขน ขา เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่การอ่อนแรงจากสมอง หรือ อัมพาต เช่น การยึดติดกันของกล้ามเนื้อ ปัญหาที่เส้นเอ็น คือ.....	
2.5. การเดิน (Gait)	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> เดินได้ด้วยมีคนพยุง หรือเครื่องช่วยพยุงเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง <input type="checkbox"/> เดินได้แต่เซ เนื่องจาก Gait Ataxia <input type="checkbox"/> เดินไม่ได้เลย <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....
2.6. การพูด (Speech)	<input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> พูดได้ แต่ไม่ชัดเจน <input type="checkbox"/> พูดได้ ฟังผู้อื่นพูดเข้าใจ แต่พูดได้เล็กน้อย <input type="checkbox"/> พูดไม่ได้ ฟังผู้อื่นพูดเข้าใจ <input type="checkbox"/> พูดไม่ได้ ฟังผู้อื่นพูดไม่เข้าใจ <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....
2.7. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living)	การรับประทานอาหาร : <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ทำได้บ้างเมื่อมีผู้ช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย การอาบน้ำ : <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ทำได้บ้างเมื่อมีผู้ช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย การแต่งตัว : <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ทำได้บ้างเมื่อมีผู้ช่วยเหลือ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย การควบคุมอุจจาระ/ปัสสาวะ : <input type="checkbox"/> ควบคุมได้ <input type="checkbox"/> ควบคุมได้บ้าง <input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้เลย
2.8. ความสามารถในการเคลื่อนย้าย / เคลื่อนตัว (Mobility)	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ทำได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ หรืออุปกรณ์ <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย
2.9. ความสามารถในการตัดสินใจ และแก้ปัญหา (Decision Making)	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม <input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการตัดสินใจ <input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้

3. ความผิดปกติ หรือพยาธิสภาพของระบบอวัยวะอื่นของร่างกาย.....

4. สมรรถภาพการทำงานของร่างกาย ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย คิดเป็นร้อยละ แขน.....ขา.....

ชนิดของการทุพพลภาพ (Type of Disabilities) ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว ทุพพลภาพบางส่วนถาวร ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ ทั้งงานประจำ และงานอื่นๆ

สามารถประกอบอาชีพประจำ หรืออาชีพอื่นได้ เช่น.....

ไม่สามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้ ตั้งแต่.....

6. ผู้ป่วยจะสามารถฟื้นคืนสภาพได้หรือไม่ ได้ ไม่ได้ เพราะ.....

7. ความเห็นอื่นๆ.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจ

(.....)

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่.....

ชื่อสถานพยาบาล.....

ตรวจวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ประทับตราสถานพยาบาล

แบบฟอร์ม: การตรวจร่างกาย (Physical Examination)

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้อธิบายหรือครั้งที่ผ่านมาก่อนหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่ นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ :

- * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
- * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปี บริบูรณ์ให้บิดา/มารดา ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์
- * กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย : วันที่ : พยาน : พยาน :
(.....) ความสัมพันธ์ : (.....) (.....)

ผู้ให้ความยินยอม : ในฐานะ บิดา/มารดา
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



ท่านสามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทผู้รับประกันภัยโดย scan QR Code