



<u>ข้อมูลผู้ป่วย</u>	<u>ข้อมูลสถานพยาบาล</u>
ชื่อ-นามสกุล .....	ชื่อคลินิก.....
หมายเลขสมาชิก Aetna/ID No:.....	ที่อยู่.....
ชื่อบริษัท/ห้าง/ร้าน.....	.....
ที่อยู่.....	.....
โทรศัพท์.....	โทรศัพท์/ Fax number .....

ใบรายงานแพทย์และค่ารักษาพยาบาล

วันที่รักษา.....

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจ..... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

การวินิจฉัยโรค (ICD 10 ..... เหตุการณ์.....

(เฉพาะกรณีที่มีการตรวจพิเศษ) LAB..... ราคา..... บาท

X-Ray..... ราคา.....บาท

อื่นๆ ..... ราคา.....บาท

ผลการตรวจ .....

.....

- การรักษาให้ยา 1).....จำนวนเม็ด.....รวมราคา.....บาท
- 2).....จำนวนเม็ด.....รวมราคา..... บาท
- 3).....จำนวนเม็ด.....รวมราคา.....บาท
- 4).....จำนวนเม็ด.....รวมราคา.....บาท
- 5).....จำนวนเม็ด.....รวมราคา.....บาท
- 6).....จำนวนเม็ด.....รวมราคา.....บาท
- 7).....จำนวนเม็ด.....รวมราคา.....บาท
- เย็บแผล/ทำแผล .....รวมราคา.....บาท
- อื่นๆ .....รวมราคา.....บาท

**รวมทั้งสิ้นเป็นเงิน \_\_\_\_\_ บาท**

ลงชื่อแพทย์ผู้รักษา .....

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค โใบสั่งยาหรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า ทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ต่อบริษัท หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อผู้รับการรักษา.....