



3.3 การวินิจฉัยและผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ.....

3.4 การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว.....

4. ข้อมูลของผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	เลขประจำตัวประชาชน	สิทธิการรักษา	การวินิจฉัยโรค
1				
2				
3				
4				
5				

5. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมคำร้อง

5.1 ของผู้ให้บริการ

- 5.1.1 ..... สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ
- 5.1.2 ..... ใบรับรองแพทย์
- 5.1.3 ..... เวชระเบียนประวัติการรักษา
- 5.1.4 ..... ใบรายงานผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ (LAB)
- 5.1.5 ..... ใบรายงานการ X-Ray หรือ ใบรายงานผล Computed Tomography/MRI/CT Scan
- 5.1.6 ..... ผลการตรวจเสมหะ (กรณีติดเชื้อวัณโรค) ของผู้ให้บริการและบุคคลในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน
- 5.1.7 ..... ผลการตรวจเลือด (กรณีสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ HIV)
- 5.1.8 ..... ใบรายงานการติดเชื้อและการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ
- 5.1.9 ..... ใบรายงานการเกิดโรคหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน/ภาพถ่าย และให้แนบหลักฐาน
- 5.1.10 เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง.....

5.2 ของผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย (ทุกราย)

- 5.2.1 ..... สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับบริการ
- 5.2.2 ..... ใบตรวจสอบสิทธิของผู้รับบริการ
- 5.2.3 ..... สำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ (ช่วงที่รักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)
- 5.2.4 เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง.....

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....