แบบขอรับเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ชื่อโรงพยาบาล..... รหัสสถานพยาบาล.....

ชื่อผู้รับบริการ..... HN..... AN.....

ชื่อสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน..... รหัสสถานพยาบาล.....

เลขที่บัตรประชาชน [ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ] [ ]

รายการค่าบริการทางการแพทย์ที่ขอชดเชย กรณีค่าใช้จ่ายสูง	จำนวนเงิน
[ ] กรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลารักษาไม่เกิน 60 วัน	
[ ] การฟอกโลหิต (Hemodialysis) จำนวน.....ครั้งๆละ.....บาท	.....
[ ] การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) จำนวน.....วันๆละ.....บาท	.....
[ ] การให้เคมีบำบัด (Chemotherapy) และหรือรังสีรักษา (Radiotherapy) ในผู้ป่วยมะเร็ง	.....
[ ] การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open Heart Surgery)	.....
[ ] การผ่าตัดสมอง ตามเงื่อนไข	
[ ] การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับเยื่อหุ้มสมองหรือสมอง	.....
[ ] การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับเยื่อหุ้มสมองหรือสมองและมีภาวะแทรกซ้อน	.....
[ ] การผ่าตัดถึงในเนื้อสมองและผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวนานเกิน 15 วัน	.....
[ ] การผ่าตัดเกี่ยวกับหลอดเลือดในสมองและต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ	.....
[ ] การผ่าตัดหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Bypass)	.....
[ ] การรักษาโรคลิ้นหัวใจโดยใช้สายบอลลูนผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous Balloon Valvuloplasty)	.....
[ ] การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการใช้บอลลูน	.....
[ ] การแก้ไขการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจด้วยการกรอ	.....
[ ] การรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์และมีภาวะแทรกซ้อนของ Cryptococcal Meningitis	.....
[ ] การใช้อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคภายในร่างกาย	
[ ] ..... จำนวน.....	.....
[ ] ..... จำนวน.....	.....
[ ] ..... จำนวน.....	.....
[ ] การรักษาผู้ป่วยโรคลมชักด้วยการผ่าตัด ตามเงื่อนไข	
[ ] การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ	.....
[ ] การประเมินก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วย Intractable Temporal Lobe Epilepsy ในระยะสุดท้าย	.....
รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร)	.....

<u>เอกสารแนบ</u>

[ ] ใบสรุป/ใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล

[ ] ใบสั่งยาจากแพทย์ผู้รักษา

[ ] แบบสรุปการรักษา (Summary Discharge)

[ ] สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

[ ] สำเนาเวชระเบียนเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้อง

[ ] สำเนาหลักฐานการรับรองสิทธิการรักษา

[ ] หลักฐานการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น

ลงชื่อ.....

(.....)