

ใบรายงานความเห็นแพทย์

Attending Physician's Statement

กรุณากรอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ  
Must be completed by doctor at Insured's expense

ก. ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกัน..... อายุ ..... ปี ..... ส่วนสูง ..... ซม. ..... น้ำหนัก ..... กก.  
Insured's Name Age Year Height Cm. Weight Kg.

1. For Accident วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลา..... น.  
Date of accident Time

2. For Illness อาการของโรคเป็นมานานเท่าใด.....  
How long had the patient experienced these symptoms

ข. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ

State briefly the cause of disability suffered and describe its nature severity.

ค. กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอ็กซเรย์ หรือการตรวจพิเศษอื่น ๆ

State briefly the result of Neurological examination, Laboratory tests, X-rays, etc.

ง. กรุณาระบุการรักษาที่ผู้เอาประกันฯ ได้รับตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพ

State briefly the character of treatment since the disability occurred.

จ. การวินิจฉัย

Diagnosis

ฉ. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ

Any Complications

ช. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ ..... จนถึง ..... ที่ .....  
Treatment render by you since Until At

ชนิดของการรักษา

Character of treatment

ข. การตรวจร่างกาย Physical Examination								
1. กำลังของกล้ามเนื้อ Muscle Power	Arm	Right	Grade :	0 I II III IV V	Leg	Right	Grade :	0 I II III IV V
		Left	Grade :	0 I II III IV V		Left	Grade :	0 I II III IV V
2. ระดับความรู้สึกตัว Level of Consciousness	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัว Alert	<input type="checkbox"/> สับสน Confuse	<input type="checkbox"/> สลึมสลือ Drowsy	<input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว Unconscious				
3. ความสามารถในการฟัง Listening	<input type="checkbox"/> ฟังเข้าใจเหมือนปกติ Understanding	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ Difficult in understanding	<input type="checkbox"/> ฟังไม่เข้าใจเลย Can't understanding					
4. ความสามารถในการพูด Speaking	<input type="checkbox"/> พูดเหมือนปกติ Normal	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการพูด Motor dysphasia	<input type="checkbox"/> พูดไม่ได้เลย Motor aphasia					
5. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง Totally independent	<input type="checkbox"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย Dependent with assistance	<input type="checkbox"/> ทำเองไม่ได้เลย Totally dependent					
6. ความสามารถในการเดิน/เคลื่อนตัว Mobility	<input type="checkbox"/> เดินได้เอง Totally independent	<input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์ช่วย คือ..... Dependent with gait aid.....	<input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย Totally dependent					
7. ความสามารถในการทำงาน Working	<input type="checkbox"/> ทำงานได้ Able	<input type="checkbox"/> ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย Able in adaptive circumstance	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำงานได้ Unable					
8. ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว Temporary Total Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพบางส่วนถาวร Permanent Partial Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร Permanent Total Disabled					
9. การพยากรณ์โรค Prognosis	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น Improving	<input type="checkbox"/> คงที่ Staionary	<input type="checkbox"/> แย่ลง Poor					
10. ความเห็นเพิ่มเติม Additional Comment								

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย : ..... ลายมือชื่อ .....  
Name of Physician Signature

หมายเลขใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ : ..... คุณวุฒิ : ..... วุฒิบัตร/อนุมัติบัตรสาขา : .....  
Thailand's Medical Registration No. Qualification

ชื่อของสถานพยาบาล : ..... หมายเลขโทรศัพท์ : ..... วันที่ตรวจ : .....  
Name of Hospital Telephone No. Date of Examination

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

เรื่อง ให้ความยินยอมในการเปิดเผยประวัติคนไข้ หรือ ข้อมูลอื่น

เรียน - แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ คณะแพทย์ที่เกี่ยวข้อง  
- บุคคลที่เกี่ยวข้อง

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... ความเกี่ยวพันเป็น .....

และเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันชีวิตของหรือทายาทของนาย/นาง/นางสาว.....(ผู้เอาประกันภัย) ขอมอบฉันทะและตกลงยินยอมให้โรงพยาบาล สถานที่ที่ทำการตรวจ หรือรักษาพยาบาล แพทย์ผู้ทำการรักษา และคณะแพทย์ที่เกี่ยวข้องหรือบุคคลอื่นใด ซึ่งเคยให้การรักษายาบาลผู้เอาประกันภัย เพื่อเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลดังกล่าวทั้งหมดได้ตลอดไป ด้วยการกรอกใบรับรองแพทย์ หรือขอถ่ายประวัติการรักษาทั้งหมด เพื่อเปิดเผยประวัติการรักษา ทั้งในและต่างประเทศ ไม่ว่าประเทศดังกล่าวจะมีกฎหมายในลักษณะ คุ่มครองข้อมูลส่วนบุคคล หรือไม่ก็ตาม รวมทั้งขอให้ความยินยอมและมอบฉันทะ ให้สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย หรือนายทะเบียนที่เกี่ยวข้อง เพื่อเปิดเผยข้อมูลและรับรองสำเนาเกี่ยวกับบัตรประจำตัวประชาชน ภาพถ่ายลายมือชื่อ ทำสำเนาเกี่ยวกับมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย ให้บริษัท ไทยซัมซุง ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลได้รับทราบโดยไม่มีข้อแม้ใดๆทั้งสิ้น ทั้งนี้ เพราะว่าบริษัทฯ มีความประสงค์ต้องการเอกสารทางการแพทย์และข้อมูลทางทะเบียนราษฎรดังกล่าว เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเป็นธรรมแก่ผู้เอาประกันภัยอีกทั้งช่วยสร้างความประทับใจและภาพพจน์ที่ดีต่อไป

ดังนั้น ข้าพเจ้าจึงทำหนังสือฉบับนี้ไว้ให้แก่บริษัทฯ เพื่อยืนยันว่าข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมด้วยใจสมัคร และมอบหมายให้บริษัทฯ หรือเจ้าหน้าที่ของบริษัทฯ ผู้มาติดต่อขอประวัติการรักษาและข้อมูลทางทะเบียนราษฎรแทนข้าพเจ้าได้จนเสร็จการ หากเกิดความเสียหายจากการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวข้าพเจ้าจะไม่ถือว่าเป็นความผิดของโรงพยาบาลหรือสำนักทะเบียนกลาง หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ประการใด อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอม

**คำแนะนำ** บุคคลซึ่งสามารถให้ความยินยอมให้ผู้ทำการตรวจรักษาผู้ตาย เปิดเผยประวัติและสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือข้อมูลอื่นต่อบริษัท

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. บุตรชอบด้วยกฎหมาย หรือบุตรบุญธรรม | 4. ผู้สืบสันดาน                        |
| 2. คู่สมรส (แนบทะเบียนสมรส)          | 5. พี่น้องร่วมบิดา มารดา               |
| 3. บิดา หรือ มารดา                   | 6. คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของทางราชการ |
- (แนบหลักฐานสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เห็นยินยอม)