

แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทน

ใบรายงานความเจ็บป่วย กรณีประสบอุบัติเหตุ



กรุณารอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์โดยแพทย์ซึ่งมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ ผู้มีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

1	ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย : อายุ : ส่วนสูง : น้ำหนัก :				
1.1	For Accident	วันที่เกิดอุบัติเหตุ :/...../..... เวลา : น.			
1.2	For Illness	อาการของโรคเป็นมานานเท่าใด :			
2	กรณีระบุงสาเหตุ และความรุนแรงของการทุพพลภาพ :				
3	กรณีระบุงผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอ็กซเรย์ หรือการตรวจพิเศษอื่น ๆ :				
4	กรณีระบุงการรักษาที่ผู้เอาประกันภัยได้รับตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพ :				
5	การวินิจฉัย :				
6	ภาวะแทรกซ้อนที่พบ :				
7	ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ : จนถึง ที่ : ชนิดของการรักษา :				
8	การตรวจร่างกาย				
8.1	กำลังของกล้ามเนื้อ	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
8.2	ระดับความรู้สึกตัว	<input type="radio"/> รู้สึกตัว <input type="radio"/> สับสน <input type="radio"/> สะลึมสะลือ <input type="radio"/> ไม่รู้สึกตัว			
8.3	ความสามารถในการฟัง	<input type="radio"/> ฟังเข้าใจเหมือนปกติ <input type="radio"/> มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ <input type="radio"/> ฟังไม่เข้าใจเลย			
8.4	ความสามารถในการพูด	<input type="radio"/> พูดเหมือนปกติ <input type="radio"/> มีความยากลำบากในการพูด <input type="radio"/> พูดไม่ได้เลย			
8.5	ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	<input type="radio"/> ทำได้เอง <input type="radio"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย <input type="radio"/> ทำเองไม่ได้เลย			
8.6	ความสามารถในการเดิน / เคลื่อนตัว	<input type="radio"/> เดินได้เอง <input type="radio"/> เดิน / เคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์ช่วย <input type="radio"/> เดิน / เคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย			
8.7	ความสามารถในการทำงาน	<input type="radio"/> ทำงานได้ <input type="radio"/> ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย <input type="radio"/> ไม่สามารถทำงานได้			
8.8	ชนิดของทุพพลภาพ	<input type="radio"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว <input type="radio"/> ทุพพลภาพบางส่วนถาวร <input type="radio"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร			
8.9	การพยากรณ์โรค	<input type="radio"/> ดีขึ้น <input type="radio"/> คงที่ <input type="radio"/> แย่ลง			
8.10	ความเห็นเพิ่มเติม	.....		

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย : ลายมือชื่อ :

เลขที่ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์	..... (Completion is Compulsory)	คุณวุฒิ	.....	วุฒิบัตร / อนุมัติบัตรสาขา	.....
ชื่อของสถานพยาบาล	.....	หมายเลขโทรศัพท์	.....	วันที่ตรวจ	.....