

**ศูนย์บัตรประกันสุขภาพ โรงพยาบาลยางสีสุราช**

**ต.ยางสีสุราช อ ยางสีสุราช จ มหาสารคาม ๔๔๑๒๐** **โทร ๐๘๒-๖๑๐๖๓๙๐**

เรื่อง แจ้งผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน/เจ็บป่วย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....................................................

 ด้วยโรงพยาบาลยางสีสุราช ได้รับผู้ป่วยชื่อ................................................................................................เลขบัตรประชาชน................................................ซึ่งเป็นประกันสังคมโรงพยาบาลของท่านเข้ารับการรักษาเมื่อวันที่................................................เวลา....................ด้วย................................................วินิจฉัยเป็น...............................................................อาการปัจจุบัน.................................................................................

แพทย์ผู้รักษาลงความเห็นว่า ( ) สามารถเคลื่อนย้ายได้ ( ) ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

.............................................................

(...........................................................)

...............................................................

มยุรฉัตร อุทปา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร ๐๘๒-๖๑๐๖๓๙๐

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางสีสุราช

เรื่อง ขอตอบรับการแจ้งกรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล

 โรงพยาบาล.............................................................................................ได้ตรวจสอบแล้ว

 ( ) ยินดีรับผิดชอบค่ารักษาผู้ป่วยรายนี้ตั้งแต่วันที่ ........................................................ทั้งนี้หากผู้ป่วยรายนี้เป็นกรณีฉุกเฉิน โรงพยาบาลยินดีรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินของ ๗๒ ชั่วโมงแรก หากใช้สิทธิ ๗๒ ชั่วโมง ครบ ๒ครั้ง/ปี ยินดีให้เรียกเก็บค่ารักาพยาบาลทั้งหมด

 ( ) จะจัดส่งรถมารับในวันที่........................................................................................

 ( ) อื่นๆ....................................................................................................................

 จึงเรียนมาเพี่อโปรดทราบ

.....................................................

(...................................................)

 .....................................................