

แบบขอเบิกค่ารถส่งต่อผู้ป่วย

ออกให้เมื่อ วันที่: ___/___/___ เวลา: ___:___ เลขสำคัญส่งต่อผู้ป่วย: _____

ผู้ป่วย ชื่อ: _____ เลขประจำตัวประชาชน: _____

เพศ: ชาย หญิง, อายุ: ___ ปี

สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล
<input type="radio"/> กรมบัญชีกลาง <input type="radio"/> ประกันสังคม <input type="radio"/> ประกันสุขภาพ
<input type="radio"/> อื่นๆ: _____

ส่งต่อจาก

รับต่อที่

ร.พ. _____ รหัส _____ ร.พ. _____ รหัส _____

วันที่: ___/___/___ เวลา: ___:___ วันที่: ___/___/___ เวลา: ___:___

HN: _____ AN: _____ HN: _____ AN: _____ (ถ้ามี)

- เหตุผลที่ส่งต่อ และ/หรือ เหตุผลทางคลินิกที่สำคัญ - (ถ้ามี)

การรับไว้:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

- เป็นผู้ป่วยใน
- สังเกตอาการ
- รักษาแล้วให้กลับ
- ส่งไปรักษาต่อที่อื่น

วัตถุประสงค์/เพื่อ:

กรณีเสียชีวิต:

- ปรึกษา/วินิจฉัย
- รักษาแล้วให้ส่งกลับ
- โอนย้าย

- ระหว่างการส่งตัว
- หลังจากรับรักษา

เจ้าหน้าที่ ร.พ. ผู้ส่งตัว

เจ้าหน้าที่ ร.พ. ผู้รับตัว

ลงชื่อ _____

ลงชื่อ _____

(_____)

(_____)

ตำแหน่ง _____

ตำแหน่ง _____

อัตราค่ารถเบิก ค่าส่งต่อผู้ป่วย

ระยะทางระหว่าง ร.พ. ส่ง/รับ: _____ กม. ค่าพาหนะที่เรียกเก็บ: _____ บาท

อัตราเบิกได้ไม่เกิน: _____ บาท เบิกตามสิทธิ: _____ บาท

ส่วนเบิกไม่ได้: _____ บาท

ชุด PPE ที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย.....ชุด

ยานพาหนะที่ใช้ส่งต่อผู้ป่วย

เลขทะเบียน: _____ จังหวัด: _____

เป็นรถของ: ร.พ.ผู้ส่งตัว ร.พ.ผู้รับตัว หน่วยงานอื่น ระบุ: _____

หน่วยที่เบิกคือ

หมายเหตุ สำหรับ ร.พ.

ร.พ.ผู้ส่งตัว ร.พ.ผู้รับตัว

ผู้บันทึก/เบิก

ลงชื่อ _____

(_____)

ตำแหน่ง _____

ต้นฉบับ ส่งห้องรับเงิน ชั้น 2 อาคารเฉลิมพระเกียรติ

สำเนา แนบติดในเวชระเบียน