

**แบบยินยอมชำระค่ารักษาพยาบาลสิทธิประกันสังคม**

เขียนที่โรงพยาบาล.....

วันที่.....

ตามที่ข้าพเจ้า..... ผู้ป่วย หรือ
 มีความเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ผู้ป่วยชื่อ..... มีบัตรประกันสังคมของ รพ.

เลขที่บัตรประชาชน - - - -

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล..... ตั้งแต่วันที่.....

เวลา ด้วยอาการ.....

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายและรับทราบว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่สามารถใช้สิทธิบัตรประกันสังคมได้เนื่องจาก

- อาการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่เข้าเกณฑ์อุบัติเหตุ หรือฉุกเฉิน
- อาการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของสำนักงานประกันสังคม
- ผู้ป่วยไปใช้บริการข้ามชั้นตอน กรณีไม่ฉุกเฉิน ไม่ได้มาให้รพ.มหาสารคามเป็นผู้พิจารณาส่งตัวไปรักษาต่อ
- ผู้ป่วย/ญาติ ประสงค์จะรับการรักษาต่อที่รพ.แห่งนี้ โดยไม่ประสงค์ย้ายไปรพ.อื่นๆ ที่ทางศูนย์บริการ2 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประสานงานให้
- อื่นๆ

ข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่เกิดขึ้น ณ สถานพยาบาลแห่งนี้ ตั้งแต่วันที่.....
 จนสิ้นสุดการรักษา

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย
 (.....)

ลงชื่อ.....ญาติ เกี่ยวข้องเป็น.....ผู้ป่วย
 (.....)

ลงชื่อ.....พยาบาลที่ให้การรักษา
 (.....)

ลงชื่อ.....จนท.ประกันสังคมของโรงพยาบาล
 (.....)

หมายเหตุ: การดำเนินงานของโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สำหรับผู้ป่วยรายนี้

ประสานงานกับคุณ ตำแหน่ง..... จนท.ของรพ.ที่ให้การรักษา
 ว/ด/ป.เวลา.....โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ประสานงานย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลวันที่

รับผู้ป่วยกลับมา Admit ที่ ศูนย์บริการทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทำหนังสือรับรองค่ารักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่