

แบบบันทึกการให้ข้อมูลทำหัตถการเส้นเลือดเทียม (Vascular Access)

กรณี โครงการพิเศษกองทุนไตวาย สำนักงานประกันสังคม
โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สิทธิ : บัตรประกันสังคม โรงพยาบาล.....

วันที่..... แผนก..... HN..... AN.....

ชื่อ..... สกุล เบอร์โทรศัพท์.....

กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริง

ลำดับ	รายการทำผ่าตัด/หัตถการ	วันที่
1.	ผ่าตัดใส่สายสวนฟอกเลือดชนิดชั่วคราว (Double lumen)	
2.	ผ่าตัดใส่สายสวนฟอกเลือดชนิดถาวร (TCC หรือ Perm cath)	
3.	ผ่าตัดโดยการต่อเส้นเลือดโดยใช้เส้นเลือดของผู้ป่วย (AVF)	
4.	ผ่าตัดต่อเส้นเลือดโดยใช้เส้นเลือดเทียม (AVBG (graft))	

เนื่องจากกองทุนไตวาย สำนักงานประกันสังคม ได้ให้สิทธิการทำเส้นเลือดเทียม (Vascular Access) กับผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการพิเศษโรคไต โดยสามารถทำหัตถการดังกล่าวได้ ในวงเงินไม่เกิน 20,000 บาทต่อ 2 ปี นั้น ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูลแล้ว และในขณะที่ตอบ “แบบบันทึกการให้ข้อมูลทำหัตถการเส้นเลือดเทียม(Vascular Access)” นี้ ข้าพเจ้ามีสติสมบูรณ์ดี ขอรับรองว่าได้ให้ข้อมูลที่เป็นจริงทุกประการ หากภายหลังตรวจสอบพบว่า ข้าพเจ้าให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมชำระเงินตามจำนวนที่ได้เข้ารับการรักษา

สรุปการใช้สิทธิ : ใช้สิทธิได้ สำรองจ่ายเต็มจำนวน เบิกคืนที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัด
 ไม่สามารถใช้สิทธิได้ ต้องชำระเงินเอง เนื่องจากยังไม่เข้าร่วมโครงการโรคไตวาย

(.....)

(.....)

ผู้รับบริการ

เจ้าหน้าที่บันทึก

(.....)

(.....)

พยานผู้รับบริการ

พยานฝ่ายโรงพยาบาล