



## ใบขออนุมัติส่งผู้ป่วยตรวจเอกซเรย์พิเศษ CT / MRI / ECHO

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านายแพทย์/แพทย์หญิง.....ตำแหน่ง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่..... โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ได้ทำการตรวจรักษาผู้ป่วย ชื่อ - สกุล .....อายุ.....ปี

HN.....AN.....แผนก  OPD  ER  IPD .....

ซึ่งผู้ป่วยเป็นโรค/ภาวะ.....

แล้วเห็นว่ามีควมจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยดังกล่าวตรวจเอกซเรย์พิเศษ CT / MRI / ECHO

เนื่องจากมีเหตุผล/ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ดังนี้

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

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้พิจารณาโดยรอบคอบแล้วตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ.....

(.....)

### สิทธิการรักษาพยาบาล

บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

ประกันชีวิต

กรมบัญชีกลาง

พรบ.

อื่นๆ.....

ประกันสังคม

รัฐวิสาหกิจ

### ค่าใช้จ่ายในการตรวจเอกซเรย์พิเศษ CT / MRI / ECHO

โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

ชำระเงินเอง

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

ผู้ตรวจสอบสิทธิ

\*\* หมายเหตุ กรณีตรวจพิเศษ MRI เมื่อผู้รับบริการตรวจเสร็จเรียบร้อยแล้ว กรุณาพกซีดีใบแจ้งหนี้ พร้อมผลการตรวจกลับมาที่เบอร์ 043-722055