

รายงานแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา

โรงพยาบาล ..... หมายเลขโทรสาร .....

ชื่อ/นามสกุลผู้ป่วย ..... อายุ ..... เพศ ..... HN ..... AN .....

Admission date ..... Time ..... Discharged date ..... Time .....

**1. สำหรับการเจ็บป่วย**

- อาการสำคัญ.....
- มีอาการมานาน .....
- ตามความเห็นของท่านผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวมานานเท่าใด .....

**2. สำหรับอุบัติเหตุ**

- วันที่เกิดเหตุ ..... เวลา .....
- สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ .....
- ผู้ป่วยอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุราหรือสารเสพติดขณะที่มาถึงโรงพยาบาลหรือไม่  ไม่  ใช่ .....
- อาการบาดเจ็บ .....

**3. ผลการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค : การตรวจทางโลหิตวิทยา, ปัสสาวะ, การตรวจทางรังสี, การตรวจคลื่นหัวใจ, การตรวจตัวอย่างชิ้นเนื้อ ด้วยกล้องจุลทรรศน์, การตรวจพิเศษต่าง ๆ, อื่นๆ .....**

การตรวจเชื้อเอดส์  ไม่ได้ทำ  ทำ วันที่ ..... ผล .....

**4. การวินิจฉัยโรค .....**

**5. การให้การรักษา .....**

การผ่าตัด(ถ้ามี) .....

แพทย์ผู้ทำการผ่าตัด ..... วันที่ทำการผ่าตัด .....

ผลชิ้นเนื้อ .....

**6. ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากสถานที่อื่นใดมาก่อนหรือไม่  ไม่  ได้ จาก .....**

**7. เฉพาะสตรี ผู้ป่วยมีครรภ์หรือไม่  ไม่มี  มี อายุครรภ์ ..... สัปดาห์**

**8. การพยากรณ์โรค .....**

**9. ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต**

วันที่	การวินิจฉัยโรค	การรักษาที่ได้รับ	ระยะเวลา	นายแพทย์ / โรงพยาบาล

**10. ความเห็นอื่นๆ .....**

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ทำการรักษา ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... วันที่.....

**บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 130-132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29  
ถนนวิภาวดี แขวงจตุจักร เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี P 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304  
fwd.co.th



**สำหรับลูกค้าเอฟดับบลิวดี**

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้อธิบาย หรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย ต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เกี่ยวข้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ


ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

**หมายเหตุ :**

- \* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
- \* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปี บริษัทฯ ให้บิดา/มารดา ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์
- \* กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย : ..... วันที่ : ..... พยาน : ..... พยาน : .....  
(.....) ความสัมพันธ์ : ..... (.....) (.....)

ผู้ให้ความยินยอม : ..... ในฐานะ  บิดา/มารดา  
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย  
(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



ท่านสามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทผู้รับประกันภัยโดย scan QR Code