

แบบขอเบิกค่ารถส่งต่อผู้ป่วย

ออกให้เมื่อ วันที่:..... เวลา.....:.....น.

ผู้ป่วย ชื่อ:.....

เพศ: ชาย หญิง อายุ:.....ปี.....เดือน

เบอร์โทร:.....

เลขสำคัญส่งต่อผู้ป่วย:.....

เลขประจำตัวประชาชน:.....

ส่งต่อจาก

ร.พ..... รหัส.....

วันที่:..... เวลา.....:.....น

HN:..... AN:.....

เหตุผลที่ส่งต่อ และ/หรือ เหตุผลทางคลินิกที่สำคัญ

1.....

2.....

3.....

วัตถุประสงค์/เพื่อ:

ปรึกษา/วินิจฉัย

รักษาแล้วให้ส่งกลับ

โอนย้าย

เจ้าหน้าที่ ร.พ.ผู้ส่งตัวผู้ป่วย

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

อัตราการเบิกส่งต่อผู้ป่วย

ระยะทางระหว่าง ร.พ. ส่ง/รับ:.....กม.

อัตราเบิกได้ไม่เกิน:.....บาท

ยานพาหนะที่ใช้ส่งต่อผู้ป่วย

เลขทะเบียน:..... จังหวัด:..... เชียงราย.....

เป็นรถของ: ร.พ.ผู้ส่งตัว ร.พ.ผู้รับตัว

หน่วยที่เบิกคือ

ร.พ.ผู้ส่งตัว ร.พ.ผู้รับตัว

ผู้บันทึก/เบิก

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล

กรมบัญชีกลาง

ประกันสังคม

บัตรประกันสุขภาพบัตรทอง

อื่นๆ:.....

รับต่อที่

ร.พ..... รหัส.....

วันที่:..... เวลา.....:.....น

HN:..... AN:.....

การรับไว้:

เป็นผู้ป่วยใน

สังเกตอาการ

รักษาแล้วให้กลับ

ส่งไปรักษาต่อที่อื่น

กรณีเสียชีวิต

ระหว่างการส่งตัว

หลังจากรับรักษา

เจ้าหน้าที่ ร.พ.ผู้รับตัวผู้ป่วย

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ค่าพาหนะที่เรียกเก็บ:.....บาท

เบิกตามสิทธิ:.....บาท

ส่วนที่เบิกไม่ได้:.....บาท

หน่วยงานอื่นระบุ:.....

หมายเหตุ สำหรับ ร.พ.