



3.4 การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว.....

4. ข้อมูลของผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	เขบัตร์ประจำตัว ปชช.	สิทธิการรักษา	การวินิจฉัยโรค
1				
2				
3				
4				
5				

5. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง

5.1 ของผู้ให้บริการ

5.1.1 ..... สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ

5.1.2 ..... ใบรับรองแพทย์

5.1.3 ..... เวชระเบียนประวัติการรักษา

5.1.4 ..... ใบรายงานผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ(LAB)

5.1.5 ..... ใบรายงานการ X-Ray หรือ จากใบรายงาน ผลComputed Tomography / MRI/CT

Scan

5.1.6 ..... ผลการตรวจเสมหะ (กรณีติดเชื้อวัณโรค) ของผู้ให้บริการและบุคคลในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน

5.1.7 ..... ผลการตรวจเลือด (กรณีสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ HIV)

5.1.8 ..... ใบรายงานการติดเชื้อและการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ

5.1.9 ..... ใบรายงานการเกิดโรคหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน / ภาพถ่าย และให้แนบหลักฐาน

5.1.10 เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง.....

5.2 ของผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย (ทุกราย)

5.2.1 สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับบริการ

5.2.2 ใบตรวจสอบสิทธิของผู้รับบริการ

5.2.3 สำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ (ช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)

5.2.4 เอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง.....

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

แบบยื่นคำร้องอุทธรณ์ขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย  
กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข  
สปสช. เขต 8 อุตรธานี

ชื่อหน่วยรับคำร้อง .....

วันที่เขียนคำร้อง.....

วันที่ยื่นคำร้อง .....(สปสช.เขต เป็นผู้ลงวันที่รับ)

๑. รายละเอียดของผู้ให้บริการ

๑.๑ ชื่อ - สกุล.....

๑.๒ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

๑.๓ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....  
.....โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๒.๑ ชื่อ - สกุล .....

๒.๒ เลขที่บัตรประชาชน

๒.๓ ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

๒.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....  
.....โทรศัพท์.....

๓. เหตุผลในการยื่นคำร้องอุทธรณ์

๓.๑ วันที่ได้รับแจ้งผล .....

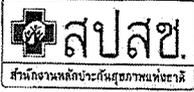
๓.๒ เหตุผลในการอุทธรณ์ (บรรยายเหตุผลที่ไม่เห็นด้วยกับผลการพิจารณาของคณะกรรมการ)  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้องอุทธรณ์

.....

.....

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำร้องอุทธรณ์  
(.....)



แบบตรวจสอบเอกสารการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้ให้บริการ ได้รับความเสียหายจาก การให้บริการสาธารณสุข สปสช. เขต 8 อุดรธานี  
ผู้ยื่นคำร้อง(ชื่อ-สกุล) .....ตำแหน่ง.....  
แผนกที่ปฏิบัติงาน.....โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

	มี	ไม่มี
<b>ส่วนที่ 1</b>		
1.1 หนังสือนำส่งของหน่วยงาน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2 กรอกแบบฟอร์มการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยครบถ้วน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3 ระยะเวลาการยื่นคำร้องตั้งแต่วันที่ทราบความเสียหายถึงวันยื่นคำร้อง (ไม่เกิน 1 ปี)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>ส่วนที่ 2 เอกสารประกอบการพิจารณาของผู้ยื่นคำร้อง</b>		
2.1 สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2 ใบรับรองแพทย์ของผู้ยื่นคำร้อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3 เวชระเบียนประวัติการรักษาของผู้ยื่นคำร้อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.4 ใบรายงานผลการวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ(LAB) ของผู้ยื่นคำร้อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.5 ใบรายงานการ X-Ray หรือ ผลจาก Computed Tomography / MRI/CT Scan ของผู้ให้บริการ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.6 ผลการตรวจเสมหะ (กรณีติดเชื้อวัณโรค) ของผู้ยื่นคำร้อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.7 ผลการตรวจเลือด (กรณีสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ HIV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.8 ใบรายงานการติดเชื้อและการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อของผู้ยื่นคำร้อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.9 ใบรายงานการเกิดโรคหรืออุบัติเหตุจากการทำงานของผู้ยื่นคำร้อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.10 กรณีเกิดอุบัติเหตุ ให้มีรูปภาพการเกิดอุบัติเหตุ/ บาดแผล	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.11 เอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง/ตารางเวร/คำสั่งออกปฏิบัติงานที่	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>ส่วนที่ 3 เอกสารประกอบการพิจารณาของผู้รับบริการ</b>		
3.1 สำเนาบัตรประชาชน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.1 ใบตรวจสอบสิทธิ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3 เวชระเบียนบันทึกรายงานการตรวจโรคของผู้รับบริการ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4 เอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

สรุปผลการตรวจเอกสาร     ครบถ้วน     ไม่ครบถ้วน     ไม่ผ่านรอเอกสารเพิ่มเติม

ลงชื่อผู้ตรวจ .....วคป.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....