



ประวัติผู้ป่วยใหม่ (New Patient Registration Form)

ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว นามสกุล

First Name Mr./Mrs./Miss Last Name

วัน/เดือน/ปีเกิด(Date of Birth)...../...../..... เพศ (Gender) ชาย/Male หญิง/Female

สถานภาพ สมรส/Marital Status โสด/Single แต่งงาน/Married หย่า/Divorced

มีบัตรประชาชน ใบขับขี่ บัตรข้าราชการ Passport

ไม่มีบัตรประชาชน ใบขับขี่ บัตรข้าราชการ Passport

อายุ/Ageปี(Yrs) สัญชาติ (Nationality) ศาสนา (Religion).....

ที่อยู่ / Address อพาร์ทเมนต์ หมู่/Moo ซอย / Soi

ถนน / Road ตำบล / District อำเภอ / City

จังหวัด / Province/State ประเทศ / Country รหัสไปรษณีย์ /Zip Code

อีเมล / Email Address

เบอร์โทรศัพท์บ้าน / มือถือ Home/Call Number อาชีพ / Occupation

บุคคลที่ติดต่อกรณีฉุกเฉิน /Emergency Contact

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว นามสกุล

ที่อยู่ / Address หมู่ / Moo ซอย / Soi ถนน / Road

ตำบล / District อำเภอ / City จังหวัด / Province/State

เบอร์โทรศัพท์ บ้าน/มือถือ Home/Call Number

ปัจจัยที่ท่านเลือกใช้บริการ กรรณการ์ต์ เนอร์สซิงโฮม ญาติแนะนำ ระบุชื่อ

เอกสาร/ใบปลิว/โบรชัวร์ Internet อื่น ๆ ระบุ



ข้อควรปฏิบัติในการนำผู้ป่วย และผู้สูงอายุเข้ารับการพักฟื้นในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระยะพักฟื้น

กรรกานต์ เนอร์สซิงโฮม

1. เอกสารที่ต้องนำมา ดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย และญาติ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ป่วย และญาติ
- รายละเอียดวันนัดของทางแพทย์

2. ในวันที่เข้าพักฟื้น ค่าระมัดค่าบริการเดือนละ 20,000 บาท และชำระมัดจำ 1 เดือน รวมค่าใช้จ่ายเป็นเงิน 40,000 บาท และจะต้องชำระค่าบริการเป็นรายเดือน ทุกวันที่ 3 ของทุกเดือน โดยโอนผ่านบัญชีธนาคาร

ชื่อ นางชุตติมา เหล่าจินดา ธนาคารธนาชาติ เลขที่บัญชี 219-6-02561-9 บัญชีออมทรัพย์ สาขา สำโรง

3. อุปกรณ์หรือของใช้สิ้นเปลือง อนุญาตให้ญาตินำเข้ามาใช้ได้ แต่ถ้าจะใช้ของทางศูนย์ฯ จะคิดค่าใช้จ่ายไว้ในเดือนถัดไป

4. ห้ามญาติ หรือผู้ช่วยจ่ายค่าบริการให้แก่พนักงานของทางศูนย์กรรกานต์ เนอร์สซิงโฮม หรือให้พนักงานเบิกเงินล่วงหน้าใดๆ ทั้งสิ้น มิฉะนั้นทางศูนย์ฯ จะไม่รับผิดชอบกรณีดังกล่าว

5. ในกรณีเกิดความเสียหายเกี่ยวกับทรัพย์สินของผู้ป่วย หรือผู้สูงอายุ โดยการกระทำของพนักงาน เช่น ขโมยทรัพย์สิน หรือของมีค่าอื่นๆ ให้ญาติผู้ป่วย ดำเนินคดีตามกฎหมายกับพนักงานผู้นั้นได้ทันที โดยให้ญาติเข้าแจ้งความต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจพื้นที่ภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากเกิดเหตุพร้อมถ่ายเอกสารใบแจ้งความส่งให้ทางศูนย์ฯ ทราบเพื่อจะได้ช่วยติดตามพนักงานมาดำเนินคดีต่อไป และทางศูนย์ฯ จะไม่รับผิดชอบ ชดใช้ค่าเสียหายแทนพนักงานใดๆ ทั้งสิ้น

6. กรณีมีการส่งต่อกรณีฉุกเฉิน หรือส่งตรวจตามแพทย์นัด ทางศูนย์ฯ จะจัดหา Ambulance ส่งตรวจให้ และญาติต้องจ่ายค่าใช้จ่ายตามระยะทาง สอบถามราคาได้ที่แผนกการเงินศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระยะพักฟื้น กรรกานต์ เนอร์สซิงโฮม

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดดังกล่าวเบื้องต้นแล้ว

ลงชื่อ(.....)

ญาติ / ผู้ป่วย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้ารับการรักษาในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระยะพักฟื้น

กรกานต์ เนอร์สซิ่งโฮม

Medical Consent Form

ชื่อผู้ป่วย

วันที่

ข้าพเจ้า ยินยอมให้เจ้าหน้าที่ กรกานต์ เนอร์สซิ่งโฮม

รับไว้ดูแลและฟื้นฟูร่างกายด้วยวิธีที่จำเป็นทางการแพทย์

ลงชื่อ(.....)ผู้ป่วย

(.....)

กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเห็นด้วยยินยอมได้ด้วยตัวเอง

ข้าพเจ้า มีความสัมพันธ์เป็น ของผู้ป่วย

ยินยอมให้ เข้ารับการรักษาและฟื้นฟูร่างกายใน กรกานต์ เนอร์สซิ่งโฮม

ซึ่งข้าพเจ้าได้อ่าน ข้อควรปฏิบัติ ข้อเสนอ และขอบเขตการดูแลของทาง กรกานต์ เนอร์สซิ่งโฮม ในเรื่องของการให้บริการผู้ป่วย

รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินให้เร็วที่สุด และหากมีเหตุสุดวิสัยไม่ว่ากรณีใดๆจะไม่เอาผิดกับทาง กรกานต์ เนอร์สซิ่งโฮม

ในทุกๆ กรณี

ลงชื่อ(.....)ผู้ป่วย

(.....)

ลงชื่อ(.....)พยาน

(.....)