



โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบฟอร์มขอมีเวาระเบียนผู้ป่วยใหม่

เพื่อความถูกต้องและรวดเร็ว กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วน

หลักสูตร.....
คณะ.....
รหัสนักศึกษา.....

นาย นาง นางสาว ค.ช. ค.ญ. อื่นๆ ระบุ.....
ชื่อ-นามสกุล..... เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... อายุ..... ปี
เลขที่บัตรประชาชนผู้ป่วย..... สถานะภาพครอบครัว โสด สมรส หย่า หม้าย แยก
สัญชาติ..... ศาสนา..... อาชีพ.....

ประเภทสิทธิในการรักษาพยาบาล

- 01 จ่ายเงินเอง 02 เบิกกรมบัญชีกลาง 03 พนักงานรัฐวิสาหกิจ 04 บัตรทอง ระบุชื่อรพ.....
05 บัตรประกันสังคม ระบุชื่อรพ..... 06 นักศึกษา ม.มหิดล คณะ.....
07 อื่นๆ ระบุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตรอก/ซอย.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตรอก/ซอย.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก.....

ชื่อ-สกุล บิดาของผู้ป่วย..... ชื่อ-สกุล มารดาของผู้ป่วย.....

ชื่อ-สกุลคู่สมรส ของผู้ป่วย.....

ชื่อผู้ติดต่อได้..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของผู้ป่วย โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดนี้ถูกต้องกับความจริงทุกประการ อนึ่ง ข้าพเจ้านุญาตให้เปิดเผย
ผลการรักษา เพื่อนำไปใช้ประกอบการเบิกค่ารักษาพยาบาล หากมีข้อมูลใดไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับความจริงและ
อาจจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุก
ประการ

ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ให้นำข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้า อาทิเช่น ประวัติ การรักษา และ
ภาพรังสีไปใช้ประกอบการเรียน การสอน การวิจัย และเผยแพร่เชิงวิชาการ

ลงชื่อ..... ผู้ป่วย / ผู้ให้ข้อมูล (เกี่ยวข้องเป็น..... ของผู้ป่วย) วันที่.....