

# แบบฟอร์มการทำบัตรผู้ป่วยใหม่

กรุณากรอกแบบฟอร์มทุกช่องให้สมบูรณ์ พร้อมยื่นบัตรประชาชนตัวจริง ช่อง 2 ห่องบัตร

ชื่อผู้ป่วย(ระบุค่านำหน้าชื่อ).....นามสกุล.....ว.ด.ป.เกิด...../...../.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทร.....อาชีพ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....สถานภาพ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

ชื่อ-สกุลบิดา.....มารดา.....ชื่อ-สกุลคู่สมรส.....

ชื่อ-สกุลผู้ติดต่อฉุกเฉิน.....เกี่ยวข้องเป็น.....โทร.....

ที่อยู่ผู้ติดต่อฉุกเฉิน.....

1. เคยมาตรวจรพ.มอ.  เคย  ไม่เคย 2. เกิด รพ.มอ หรือไม่  รพ.มอ  รพ.อื่นๆ

3. สิทธิการรักษา  บัตรทอง(ส่งต่อ)  ประกันสังคม(ส่งต่อ)  เบิกได้ กรมบัญชีกลาง/ท้องถิ่น  เงินสดจ่ายเอง/ องค์การของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ  
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

1. ข้อมูลทั้งหมดถูกต้องตรงความจริงทุกประการและยินยอมให้ รพ.สงขลานครินทร์ตรวจสอบหลักฐานข้อมูลทางทะเบียนใดๆ ของรัฐ รวมถึง  
อนุญาตให้ใช้รูปภาพ และข้อมูล ประวัติ เพื่อการมีเวชระเบียน และการตรวจรักษา หากมีข้อมูลใด ไม่ถูกต้องตรงความจริง และอาจทำให้เกิด  
ความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือนุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

2. ข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้ข้อมูลประวัติการรักษาของข้าพเจ้า ไปใช้เพื่อการศึกษา วิจัย การพัฒนาคุณภาพ รพ.สงขลานครินทร์  
ข้าพเจ้าขอยืนยันความเป็นจริง และขอรับข้อตกลงข้างต้นนี้

ลงชื่อ (ตัวบรรจง)..... เกี่ยวข้องเป็น.....