

ใบรายงานแพทย์

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย (ผู้เอาประกันภัย) .....

กรุณากรอกข้อมูลในหัวข้อต่อไปนี้

**1. กรณีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ :**

- โปรดระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาอาการบาดเจ็บเป็นครั้งแรก.....
- โปรดระบุรายละเอียดหรืออาการของการบาดเจ็บ.....

**2. กรณีการเจ็บป่วย**

- โปรดระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษา หรือ ได้รับการวินิจฉัยโรคจากท่านเป็นครั้งแรก.....
- โปรดระบุรายละเอียดหรืออาการของการเจ็บป่วย.....
- ผู้ป่วยมีอาการของโรคนี้นานเท่าใดก่อนเข้ารับการรักษาจากท่าน.....

**3. ตามความเห็นของท่าน ท่านวินิจฉัยว่าผู้ป่วยได้รับความสูญเสียแก่ชีวิต ร่างกายหรืออวัยวะกรณีใด (กรุณาทำเครื่องหมายใน )**

- เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ
- สูญเสียอวัยวะ (มือหรือขาหรือตาบอดสนิท) และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไปจากอุบัติเหตุ
- สูญเสียอวัยวะ (มือหรือขาหรือตาบอดสนิท) และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไปจากการเจ็บป่วย

(การสูญเสียอวัยวะ หมายถึง การถูกตัดออกจากร่างกายตั้งแต่ข้อมือ หรือข้อเท้า และให้ หมายถึงรวมถึงการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้น โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าไม่สามารถกลับมาใช้งานได้อีกตลอดไป)

- ทูพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ
- ทูพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากการเจ็บป่วย

(ทูพลภาพถาวรสิ้นเชิง หมายถึง ทูพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การทำงานใดๆ ในอาชีพประจำและอาชีพอื่นๆ ได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป)

**4. เจ็บป่วยด้วยภาวะข้อใดข้อหนึ่ง หรือ มากกว่า 1 ข้อก็ได้ โดยมีสาเหตุมาจากการได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีนโควิด-19 (โปรดทำเครื่องหมายในวงกลม)**

**ภาวะโคม่า (Coma)**

หมายความว่า การสลบ หรือความรู้สึกที่ได้รับการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์ หรือ ประสาทศัลยแพทย์ (Neurosurgeon) และตรวจพบลักษณะต่อไปนี้ครบทุกข้อ

- 1 ต้องอาศัยเครื่องช่วยชีวิตเพื่อพุงชีพ
- 2 ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกอย่างน้อย 96 ชั่วโมง
- 3 ได้รับการประเมินว่าสมองถูกทำลายอย่างถาวร มีผลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างหนึ่งอย่างใดอย่างถาวร ภายหลัง 30 วัน นับจากวันที่สลบหรือหมดความรู้สึก ทั้งนี้ ไม่รวมถึงการสลบหรือหมดความรู้สึกที่มีสาเหตุโดยตรงจากการดื่มสุราหรือการใช้ยาในทางที่ผิด (Drug Abuse)

**ภาวะสมองตายและระบบประสาทล้มเหลว (Brain Death and Neurologic Failure)**

หมายความว่า การที่สมองและระบบประสาทของร่างกายสูญเสียการทำงานอย่างถาวร ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆ และต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ของแพทย์สภา

**ภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย**

หมายความว่า ภาวะการเจ็บป่วยซึ่งเป็นการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ และได้รับการลงความเห็นจากแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแผนปัจจุบันผู้ให้การรักษาว่าภาวะการเจ็บป่วยดังกล่าวจะเป็นเหตุให้เสียชีวิต

ลงชื่อแพทย์.....

( )

หมายเลขใบอนุญาต ..... ภูมิภาค/ผู้เชี่ยวชาญสาขา.....

วัน/เดือน/ปีที่ให้ความเห็น .....