**ชื่อหน่วยรับคำร้อง** ……………….….......………………..

**วันที่ยื่นคำร้อง** …………………………...….......………….

1. **รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง**

 **๑.๑ ชื่อ – สกุล** …………………………………………………………………………………… **อายุ** .................... **ปี**

**๑.๒ เลขประจำตัวประชาชน** 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎

**๑.๓ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก** …………………………………………………….......................................…**..**

**.......................................................................................................................................................**

**๑.๔ หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้** ……………………..........................................................................

**๑.๕ ที่อยู่ของไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail Address)** ……………………………………………………………….

 **๑.๖ ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ**

 🞎ผู้ให้บริการยื่นคำร้องเอง

 🞎 ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ ( ระบุ) ……………………………………………….…

1. **รายละเอียดของผู้ให้บริการ ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข** (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับ

 ข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

 **๒.๑ ชื่อ – สกุล** ……………………………………………………………………………………………… **อายุ** ....................**ปี**

 **๒.๒ เลขประจำตัวประชาชน** 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎

 **๒.๓ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก** …………………………………………………….........................................…

……………………………………………………................................................................................................…**..**

 **๒.๔ หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้** …………………….........................................................................

 **๒.๕ ที่อยู่ของไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail Address)** ……………………………………………………………..

1. **หน้าที่รับผิดชอบของผู้ให้บริการ**

**๓.๑ ตำแหน่ง** ...................................................................................................................…………………………

**๓.๒ แผนก** ....................................................................................................................................................

**๓.๓ หน่วยงานสังกัด** ....................................................................................................................................

1. **รายละเอียดความเสียหายจากการให้บริการ**

 **๔.๑ งานที่ได้รับมอบหมาย ...................................................................................................................** ..............................................................................................................................................................................

 **๔.๒ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น** ....................................................................................................

 **๔.๓ เหตุที่และความเสียหายที่เกิดขึ้น** (บรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามีบาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว)

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

1. **ผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย**

**๕.๑ รายที่ 1. ชื่อ – สกุล** …………………………………………………………………………………… **อายุ** ...............**ปี**

**เลขประจำตัวประชาชน** 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎

**สิทธิหลักการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ**

🞎 สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพ 🞎 สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)

🞎 อื่นๆ ระบุ ..............................................................................................................................................

 **การวินิจฉัยโรค**  ............................................................................................................................................

 **๕.๒ รายที่ 2. ชื่อ – สกุล** …………………………………………………………………………………… **อายุ** ...............**ปี**

 **เลขประจำตัวประชาชน** 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎 🞎

 **สิทธิหลักการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ**

 🞎 สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพ 🞎 สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลพนักงานส่วนท้องถิ่น (อปท.)

 🞎 อื่นๆ ระบุ ..............................................................................................................................................

 **การวินิจฉัยโรค** ............................................................................................................................................

1. **รายการเอกสาร หรือหลักฐานที่ต้องยื่นมาพร้อมกับคำร้อง**

 🞎 ๖.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ ที่หน่วยงานต้นสังกัดออกให้

 🞎 ๖.๒ สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ และ/หรือใบรับรองแพทย์

 🞎 ๖.๓ รูปถ่ายที่สามารถเห็นบาดแผล/ ความเสียหาย หลังเกิดเหตุชัดเจน (ถ้ามี)

 🞎 ๖.๔ ใบตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ พร้อมสำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ (ช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)

 ๖.๕ กรณีผู้ให้บริการได้รับเชื้อวัณโรคจากผู้รับบริการ ต้องยื่นเอกสารที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ดังนี้

 🞎 ๖.๕.๑ แบบสรุปคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชยของผู้ให้บริการ (กรณีได้รับเชื้อ
วัณโรคจากผู้รับบริการ)

 🞎 ๖.๕.๒ ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี, การรักษาโรคประจำตัว และ/หรือการรักษาพยาบาล ระยะก่อนได้รับความเสียหาย อย่างน้อย ๑ ปี

 🞎 ๖.๕.๓ ผลการตรวจวินิจฉัย และการรักษา วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

 🞎 ๖.๕.๔ ประวัติการตรวจรักษา การรักษาอาการข้างเคียง ระหว่างได้รับยาต้านวัณโรค

 🞎 ๖.๕.๕ ประวัติการตรวจติดตามผลการรักษา เมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค

 🞎 ๖.๕.๖ ใบรับรองแพทย์

 🞎 ๖.๕.๗ CD บันทึกภาพฟิล์มเอกซเรย์ปอด พร้อมผลการอ่านฟิล์มเอกซเรย์ ๔ ระยะ ได้แก่

 ๑. ก่อนได้รับความเสียหาย อย่างน้อย ๑ ปี

 ๒. วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น

 ๓. ระหว่างตรวจติดตามผลการรักษา ด้วยยาต้านวัณโรคตามแผนการักษาของแพทย์

 ๔. เมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคตามแผนการักษาของแพทย์

🞎 ๖.๖ เอกสารอื่นๆ (ระบุ) ..............................................................................................................

 ………………………………………………………………………………………………………………………………

ลงชื่อ ………………………………….........…. ผู้ยื่นคำร้อง

 ( ............…………………………..….…)

1. **หนังสือมอบอำนาจ** (กรณีมีการมอบอำนาจ)

 โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล)……………………………….……………………………………………………

ซึ่งเป็น (🞎 ผู้ให้บริการ 🞎 ทายาท) ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการ ขอมอบอำนาจให้ (ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ) …………………….…….………………………………………………. เป็นตัวแทนโดยชอบด้วยกฎหมาย
แทนข้าพเจ้า เพื่อดำเนินการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีได้รับความเสียหายที่เกิดจาก
การให้บริการ

 ข้าพเจ้าผู้มอบอำนาจ ขอยอมรับผิดชอบตามที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขต
แห่งหนังสือนี้ เสมือนดังข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ ……………………………..………. ผู้มอบอำนาจ ลงชื่อ ……………..……………………… ผู้รับมอบอำนาจ

 ( ..……………………………………. ) (……………………………………….)

ลงชื่อ ……………………………..………… พยาน ลงชื่อ ……………………………..………… พยาน

 (……………….………….…………….) (……………….………….…………….)