**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

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