



บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

23/115-121 รอฮิลด์ดีเอเวิว ถนนสุขุมวิท 9 เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 0-2777-8888 โทรสาร 0-2777-8899 Call Center 0-2777-8000

รายงานแพทย์ (DOCTOR'S CERTIFICATE)

แบบอ้างสิทธิ ข. (Claim Form B.)

รายงานแพทย์นี้ต้องกระทำโดยนายแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ตายระหว่างบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย

This statement is completed by the doctor in attendance during the deceased's last illness or injury and each question should be fully answered.

1. ก. ชื่อของผู้ตาย (Name of deceased) ข. ที่อยู่ (Address) ค. อาชีพ (Occupation)	ก. ข. ค.
2. ก. วันที่ที่ตาย (Date of death) ข. สถานที่ที่ตาย (Place of death)	ก. ข.
3. สถานพยาบาลที่ทำการรักษา (Name of hospital) หมายเลขบัตรผู้ป่วยทั่วไป (Hospital number) หมายเลขผู้ป่วยในสถานพยาบาล (Admission number)
4. ก. สาเหตุที่ทำให้ตาย (Cause of death) ข. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนกระทั่งตาย (Interval between illness and death) ค. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) ง. การบาดเจ็บ (Injuries) จ. สาเหตุนำ (Antecedent Cause) ฉ. สาเหตุแทรกซ้อนที่สำคัญอื่นๆ (Complication) ช. หากสาเหตุการตายสืบเนื่องจาก (If death was due to) <input type="radio"/> อุบัติเหตุ (Accident) <input type="radio"/> อັตวินิตบาตกรรม (Suicide) <input type="radio"/> ฆาตกรรม (Murder) โปรดอธิบาย (Describe briefly) ซ. สาเหตุที่ทำให้ตายสืบเนื่องมาจากสุรา/ยาเสพติดหรือไม่ (Did the death cause by alcoholic intoxication or narcotic drug ? YES/NO)	ก. ข. ค. ง. จ. ฉ. ช. ซ.
5. ก. ท่านรู้จักหรือเป็นแพทย์ประจำตัวของผู้ตายใช่หรือไม่ ถ้าใช่ ระยะเวลานานเท่าใด (How long do you know the deceased) ข. วันแรกที่ท่านทำการรักษาผู้ตาย (Date of first attendance in last illness) ค. วันสุดท้ายที่ท่านทำการรักษาผู้ตาย (Date of last attendance in last illness)	ก. ข. ค.

6. มีการตรวจหรือชันสูตรศพตามวิธีการของแพทย์หรือไม่ ?

ถ้ามีผลเป็นประการใด

(Was an inquest held or autopsy performed? YES/NO

If so, by whom and what findings)

7. ท่านเคยรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้ตายในระหว่าง 5 ปีที่ล่วงมา

หรือไม่ ถ้าเคยโปรดระบุสาเหตุ และอาการที่ตรวจพบ

(Have you treated the deceased during the last 5 years

prior to last illness? YES/NO)

If so, please furnish cause and nature of ailments.

8. ท่านทราบหรือเคยทราบหรือไม่ว่าผู้ตายเคยได้รับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่นๆ หรือไม่

ทราบ
(Yes)

ไม่ทราบ
(No)

ถ้าทราบโปรดระบุ

Did the deceased to your knowledge, receive treatment from another physician, or in any hospital institution?

YES/NO If so, please furnish the following :

วันที่ Date	อาการของโรค Nature of ailment	การวินิจฉัย Diagnosis	ชื่อ, ที่อยู่ของแพทย์ผู้ทำการรักษา Name and address of physician/Hospital
.....
.....
.....

9. ความเห็นอื่นๆ

Additional comments.

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ทำการรักษา
Signature Attending Physician
(.....)

คุณวุฒิ.....
Qualification

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์.....
Licence No.

ที่อยู่.....
Address

วันที่...../...../.....
Date