ใบนำส่งเอกสารประกอบการขอแก้ไขข้อมูลเบิก (CIPN)

รหัสเอกสาร .....<HCODE>-<AN>-<Type><ครั้งที่>.....

HN.....…….…… โรงพยาบาล……..... วันที่ส่งเอกสาร.....

รายการที่ขอแก้ไข .....

สำเนาเอกสารที่จัดส่ง

รายการ	**จำนวนเอกสาร (แผ่น)**	**การแก้ไข** (แก้ไข / -)
1. ใบนำส่งเอกสาร		
2. In-Patient discharge summary		
3. Consent form ของผู้ป่วย		
4. History โดยแพทย์		
5. Physical examination โดยแพทย์		
6. Progress note โดยแพทย์		
7. Physician's Orders		
8. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญต่อการวินิจฉัยโรคหรือการรักษา		
9. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการของพยาบาล เช่น ฟอร์มปรอทบันทึกการให้ยา Nurse' Note และบันทึกอื่น ๆที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล		
10. Operative note		
11. Anesthetic record		
12. ใบแสดงผลหรือผลการตรวจทางรังสี		
13. ใบแสดงผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ		
14. ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา		
15. ใบบันทึกการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก (OPD card)		
16. แบบตอบรับการขอใช้สิทธิรักษาพยาบาล(PAA)พร้อมลายเซ็นผู้ป่วย		
17. แบบตอบรับการแจ้งจำหน่าย(PDA)พร้อมลายเซ็นผู้ป่วย		
18. ใบเสร็จรับเงินส่วนที่ผู้ป่วยจ่าย จำแนกตามหมวดรายการมาตรฐานสำหรับการเรียกเก็บค่าบริการสถานพยาบาล (Standard Items for Medical Billing*		

*กรณียอดเงินในใบเสร็จไม่ตรงกับที่ระบุในเอกสาร PDA ให้ระบุเหตุผลไว้ในสำเนาใบเสร็จรับเงินด้วย

ลงชื่อ ……..... ผู้จัดส่งเอกสาร

( )

<u>กรุณาระบุ</u> เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....……..