แบบ 7135

ใบรับรองรายการยาและอวัยวะเทียมที่ไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย✓ ลงในช่องว่าง☐พร้อมทั้งกรอกข้อความ

☐ หัวหน้าสถานพยาบาล

ข้าพเจ้า...

☐ นายแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แห่งสถานพยาบาล..จังหวัด...

ขอรับรองว่า...ซึ่งป่วยเป็นโรค...

☐ ก. จำเป็นต้องใช้ ☐ ยา

☐ เลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน

☐ น้ำยาอาหารทางเส้นเลือด

☐ ออกซิเจน

☐ อวัยวะเทียมและอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค

ตามรายการข้างล่างนี้ ซึ่งไม่มีจำหน่ายในสถานพยาบาลแห่งนี้

☐ ข. จำเป็นต้องเข้ารับการตรวจ ☐ ทางห้องทดลอง

☐ เอกซเรย์

ตามรายการข้างล่างนี้ ซึ่งสถานพยาบาลแห่งนี้

ไม่อาจให้บริการได้

(1)... รหัส*..........................

(2)... รหัส*..........................

(3)... รหัส*..........................

(4)... รหัส*..........................

(ลงชื่อ)..

(..)

ตำแหน่ง...

วันที่...........เดือน.............................พ.ศ......................

หมายเหตุ * รหัส หมายถึง ให้สถานพยาบาลลงรหัสตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการเพื่อผู้มีสิทธิใช้ประกอบการเบิกจ่ายเงินที่ส่วนราชการ