แบบบันทึกเรื่องร้องเรียน UCEP

ศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ศคส.สพฉ.)

สำหรับ ญาติ/ผู้ป่วย ที่ต้องการยื่นเรื่องร้องเรียน UCEP

วันที่ยื่นเรื่องร้องเรียน ..... **เวลา** ..... น.

๑. ข้อมูลผู้ร้องเรียน

ชื่อ-สกุล ผู้ร้องเรียน ..... **ความสัมพันธ์กับผู้ร้องเรียน** .....

ที่อยู่ .....

หมายเลขโทรศัพท์ ..... **ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย** .....

หมายเลขประจำตัว ปชช. .....

อายุ ..... **ปี ที่อยู่** .....

สิทธิในการรักษาของผู้ป่วย ❑ หลักประกันสุขภาพ(บัตรทอง) ❑ ประกันสังคม

❑ ข้าราชการ ❑ สิทธิ์ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

๒. เอกสารจากผู้ร้องเรียน

❑ สำเนาบัตรประชาชนผู้ร้องเรียน ❑ สำเนาบัตรประชาชนผู้ป่วย ❑ ประวัติการรักษา (ช่วงวันที่เข้ารับการรักษา)

❑ ใบรับรองแพทย์ ❑ เอกสารที่เกี่ยวข้อง (ผลแล็ป/ผลเอ็กเรย์/ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ)

❑ สำเนาใบเสร็จค่ารักษา ❑ เอกสารอื่น ๆที่คิดว่าเกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์ .....

๓. ข้อมูลการเข้ารับการรักษา

๓.๑ ว.ด.ป. ที่เกิดเหตุการณ์ ..... เวลา ..... น.

ว.ด.ป. ที่ออกจากโรงพยาบาล ..... เวลา ..... น.

สถานที่เกิดเหตุ (สถานที่ที่ผู้ป่วย เจ็บป่วย/บาดเจ็บ).....

๓.๒ อาการที่ผู้ป่วยเป็น ณ วันเกิดเหตุ.....

.....

.....

๓.๓ ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ณ วันเกิดเหตุ.....

๓.๔ ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วย/ญาติ จำนวน ..... บาท

๔. ช่องทางการส่งเรื่องร้องเรียน

☐ ucepcenter@niems.go.th ☐ โทร. ๐๒ ๘๗๒ ๑๖๖๙ ☐ ไปรษณีย์

☐ ยื่นเรื่องด้วยตนเอง ☐ ช่องทางอื่น ๆ โปรดระบุ.....

๕. สรุปประเด็นที่ ญาติ/ผู้ป่วย ต้องการร้องเรียน

.....

.....

.....

.....

.....

๖. บันทึกเรื่องร้องเรียน จากญาติ/ผู้ป่วย (โปรดเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณา)

๖.๑ เล่าเหตุการณ์ว่าผู้ป่วยมีอาการอย่างไร ได้รับการรักษาอย่างไรบ้าง ตั้งแต่ช่วงเกิดเหตุการณ์จนถึงนำผู้ป่วยรักษาที่ รพ.

๖.๒ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ รพ.

๖.๓ เหตุการณ์ที่ทำให้ท่านได้รับผลกระทบ/ปัญหา/อุปสรรค ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษา

/ แบบ ucep ๒/๓

แบบ ucep ๒/๓

แบบบันทึกเรื่องร้องเรียน UCEP

ศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ศคส.สพฉ.)

สำหรับ ญาติ/ผู้ป่วย ที่ต้องการยื่นเรื่องร้องเรียน UCEP

ชื่อ-สกุลผู้ร้องเรียน ..... **ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย** .....

๖. บันทึกเรื่องร้องเรียน จากญาติ/ผู้ป่วย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ .....ผู้ร้องเรียน

(.....)

วันที่ .....

แบบ ucep ๓/๓

ศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ศคส.สพฉ.)

สำหรับ ญาติ/ผู้ป่วย ที่ต้องการยื่นเรื่องร้องเรียน UCEP

ชื่อ-สกุลผู้ร้องเรียน ..... **ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย** .....

๖. บันทึกเรื่องร้องเรียน จากญาติ/ผู้ป่วย

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

ลงชื่อ .....ผู้ร้องเรียน

(.....)

วันที่ .....