



แบบฟอร์มการขอใช้รถพยาบาลฉุกเฉิน (Ambulance)

โรงพยาบาลเพ็ญ

เขียนที่

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ชื่อผู้ป่วย HN..... AN.....

ไปส่งที่

ไปรับที่

อื่น ๆ

ขออนุญาตใช้รถ ในวันที่...../...../..... เวลา.....น. ถึงวันที่...../...../..... เวลา.....น.

มีผู้ร่วมเดินทาง.....คน โดย () ให้รถคอยรับกลับ () ไม่ต้องคอยรับกลับ

หมายเหตุ ผู้ป่วย, ญาติ, ผู้นำส่ง, ผู้รับผิดชอบ (ระบุชื่อ)

() ออกค่าใช้จ่ายบริการรถยนต์เองกรณีร้องขอ เป็นเงิน.....บาท

() ขอให้โรงพยาบาลเพ็ญ ออกค่าใช้จ่ายบริการรถเนื่องจากเกินศักยภาพ.....

สิทธิการรักษา () สิทธิข้าราชการ () สิทธิ UC () สิทธิ ปกส. () อื่น ระบุ.....

ลงนามผู้ขอใช้รถ

(.....)

...../...../.....

<p>1. ผู้มีอำนาจอนุมัติ</p> <p style="text-align: center;">ผู้อนุมัติ</p> <p>ลงนาม ผู้อนุมัติ</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>...../...../.....</p>	<p>2. ให้ใช้รถยนต์(ประเภทและหมายเลขทะเบียน)</p> <p>.....</p> <p>ไมล์ไป..... ไมล์กลับ.....</p> <p>พนักงานขับรถ</p> <p>ลงนาม ผู้ส่งจ่ายรถ</p> <p>...../...../.....</p>
---	--

หมายเหตุ : 1. ผู้มีอำนาจอนุมัติ ได้แก่ ผู้อำนวยการ รวมถึงผู้อำนวยการนอกเวลาราชการ/รองผู้อำนวยการ/ผู้ช่วยผู้อำนวยการ/แพทย์เจ้าของไข้/แพทย์เวรประจำงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER) หรือผู้รักษาราชการแทนในตำแหน่งดังกล่าว

2. ในกรณีที่แพทย์เจ้าของไข้ หรือแพทย์เวร ให้ระบุไว้ที่ช่องตำแหน่งว่าเป็นแพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์เวรด้วย

3. เมื่อเสร็จสิ้นการใช้รถยนต์แล้ว ให้พนักงานขับรถนำแบบฟอร์มนี้ส่งคืนผู้ส่งจ่ายรถทุกครั้ง

4. อัตราการคำนวณเริ่มต้น 500 บาท ในเขตอำเภอเพ็ญ

5. กรณีผู้ป่วยหรือญาติร้องขอส่งจุดหมายในเขตเทศบาลเพ็ญอัตราค่าบริการ 300 บาท โดยมีรายชื่อ ดังนี้

5.1 บ้านสันป่าตอง

5.2 บ้านดอนสวรรค์

5.3 บ้านเหล่าสูง

5.4 บ้านเพ็ญ

5.5 บ้านศรีสว่างวงศ์

5.6 บ้านเกาะแก้ว

6. นอกเขตอำเภอเพ็ญ บวกเพิ่มโดยคำนวณจากระยะทางไป-กลับ 4บาท/กิโลเมตร

(ระยะทาง รพ.เพ็ญ ถึง จุดหมาย X 2 x 4 + 500)