

รายงานแพทย์รับรองความทุพพลภาพ (Doctor's Certificate of disability)

รายงานแพทย์นี้ต้องออกโดยจักษุแพทย์

(This statement is to be completed by the Specialist)

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย..... เพศ..... อายุ ..... ปี  
 (Insured's Name) (Sex) (Age) (Yr)

2. ประวัติการบาดเจ็บที่ตา.....

3. วันที่เกิดเหตุ (Incident Date).....

4. บาดแผลและการบาดเจ็บ หรือความเจ็บป่วยที่เหลืออยู่ในปัจจุบัน  
 .....

5. การรักษาปัจจุบัน (Current Treatment) .....

6. สถานภาพปัจจุบันของผู้ป่วยและสมรรถภาพการใช้งานของอวัยวะตาที่ได้รับความบาดเจ็บ (Physical Examination) ณ วันที่กรอกเอกสารนี้  
 .....

7. ผลการตรวจตาครั้งสุดท้าย

- Visual Acuity ตาขวา ..... ตาซ้าย .....
- Visual Field ตาขวา ..... ตาซ้าย .....
- Fundoscopy eyeground ตาขวา ..... ตาซ้าย .....
- ผลการตรวจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับดวงตา ตาขวา ..... ตาซ้าย .....

8. ผู้ป่วยรายนี้เป็นบุคคลทุพพลภาพในแบบ (Type of Disability)

( ) ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว ทำงานอะไรไม่ได้เลยในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (โปรดระบุเวลา).....  
 (Total Temporary Disability, please specify duration)

( ) ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร (สายตาดูดสนิท และ/หรือ สายต้ามัวมาก ไม่สามารถกลับสู่ปกติได้เลย) ไม่สามารถทำงานในอาชีพประจำหรืออาชีพอื่น  
 ได้โดยสิ้นเชิงถาวร (Total Permanent Disability)

9. ความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย (Other comments about the injury/illness).....  
 .....

---

Signature \_\_\_\_\_ M.D. Date \_\_\_\_\_  
 ( )

Qualification \_\_\_\_\_ License No. \_\_\_\_\_

Hospital/ clinic \_\_\_\_\_

Hospital / Clinic Address \_\_\_\_\_ Tel No \_\_\_\_\_

Hospital/Clinic  
Stamp Here

**ข้อควรทราบ**

ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาชีพ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญาซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง