

ใบส่งตัวผู้ป่วย

มูลนิธิเพื่อสนับสนุนการผ่าตัดหัวใจเด็ก สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี

ตึกสอาด ศิริพัฒน์ ชั้น 3 โทรศัพท์ 02-354-8108-37 ต่อ 4304, 083-978-0330 โทรสาร 02-354-8317

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

คุณพ่อชื่อ-นามสกุล.....โทรศัพท์.....

คุณแม่ชื่อ-นามสกุล.....โทรศัพท์.....

ผู้ปกครองชื่อ-นามสกุล (ถ้าซ้ำกับพ่อแม่ไม่ต้องระบุ).....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

การวินิจฉัยโรค.....

.....

.....

.....

.....

.....

แพทย์.....สังกัด.....

โทรศัพท์.....

กรุณาส่งเอกสารฉบับนี้มาที่ มูลนิธิเพื่อสนับสนุนการผ่าตัดหัวใจเด็ก โทรสาร 02-354-8317

หรือ e-mail: saveblueheart@yahoo.com, admin@pcsf.org

เอกสารที่ต้องนำมาในการติดต่อกับทางมูลนิธิเพื่อสนับสนุนการผ่าตัดหัวใจเด็ก

- บัตรทอง
- ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าเป็นโรคหัวใจ
- บัตรประชาชนของผู้ปกครอง

* ในกรณีที่ต้องการติดต่อเกี่ยวกับการรักษาหรือนัดตรวจ โทร. 083-978-0330 ในวันจันทร์-ศุกร์ 8.00-17.00 น.

* ในกรณีติดต่อเลื่อนนัดพบแพทย์ กรุณาโทรแจ้งได้ที่ โทร. 02-354-8108-37 ต่อ 5510