



บริษัท กรุงเทพ-เอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27

ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159

ทะเบียนเลขที่ 010755000376 www.krungthai-axa.co.th

# ใบแสดงความคิดเห็นของจักษุแพทย์

Attending Ophthalmologist's statement

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่  -

บริษัทฯ เก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มนี้ไว้ในรูปแบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

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

บัตรประชาชน/พาสปอร์ต (ID Card/Passport No.)

2. วันที่ตรวจตา (Eyes Examination Date)

3. ประวัติการเจ็บป่วย/การบาดเจ็บที่ตา (History of Eyes injury /illness)

วันที่-เวลา เกิดอุบัติเหตุ/เจ็บป่วย (Date & Time of injury/illness)

4. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

5. อาการและการรักษาปัจจุบัน (Current symptoms and treatment)

6. ผลการตรวจตา (Eye Examination)

Examination	Right Eye (ตาขวา)	Left Eye (ตาซ้าย)
Visual Acuity (ระดับสายตา)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anterior Chamber (ส่วนหน้าของตา)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cornea (กระจกตา)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lens (เลนส์แก้วตา)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Retina (จอประสาทตา)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eye Pressure (ความดันตา)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Optic Nerve (เส้นประสาทตา)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Visual Field (ลานสายตา)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ophthalmoscopic Exam.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ (หากมี) โปรดระบุ

8. ผู้ป่วยรายนี้เป็นบุคคลทุพพลภาพในแบบ (Type of Disability)

ทุพพลภาพลั้นเชิงชั่วคราว (Total Temporary Disability, please specify duration) กรุณาระบุระยะเวลา

ทุพพลภาพลั้นเชิงถาวร (Total Permanent Disability) : สายตามอดสนิท และ/หรือ สายตามัวมาก ไม่สามารถกลับสู่ปกติได้เลย (Total Blindness)

9. การพยากรณ์โรค (Prognosis) :  แย่ลง / Progressive  คงที่ / Stationary  ดีขึ้น / Improving

10. ถ้าอาการของผู้ป่วยสามารถรักษาให้หายได้ กรุณาระบุวิธีการรักษา (If his condition can correct, please note the procedure)

11. ความคิดเห็นเพิ่มเติม (Additional Comment)

ชื่อจักษุแพทย์ผู้ตรวจ  ลายมือชื่อ

Name of Ophthalmologist Signature

หมายเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรม

Thailand's Medical Registration No.

ชื่อของสถานพยาบาล  หมายเลขโทรศัพท์  วันที่ตรวจ

Name of Hospital Telephone No. Date of Examination



ประทับตราสถานพยาบาล/Hospital Stamp

ข้อมูลส่วนบุคคลของแพทย์ผู้ทำการรักษาจะนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวกับการดำเนินการเกี่ยวกับกรมธรรม์เท่านั้น ทั้งนี้รายละเอียดเกี่ยวกับการประมวลผล

ข้อมูลส่วนบุคคลและสิทธิของแพทย์ในฐานะเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล สามารถดูได้เพิ่มเติมได้จากนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ท่านสามารถอ่านรายละเอียดได้จาก

<https://www.krungthai-axa.co.th/th/Privacy-Policy>

