## PRAMUANCHAI LAW OFFICE CO., LTD.

## Attorneys & Counsellors-at-Law

44 Srijulsup Tower, 19th Floor, Unit C, Rama 1 Road, Rongmuang, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand Tel: (662) 2192031-2, 2192155-60 Fax: (662) 2151238 E-mail: pmclaw@cscoms.com Website: www.pramuanchai.com

10 ตุลาคม 2565

โรงพยาบาลอรัญประเทศ
เลขรับที่ 5623 วันที่ 17 <b>ก</b> .ก. 65
13:03

เรื่อง ขอข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

4 ถนนมหาดไทย ต.อรัญประเทศ อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว 27120

สิ่งที่ส่งมาด้วย

- 1) รายชื่อผู้ป่วย เลขที่ HN. และหมายเลขคดีดำของศาลแขวงพระนครใต้
- 2) หนังสือมอบอำนาจจากผู้ป่วย
- 3) แบบฟอร์มขอข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19 (A01-4)

เนื่องจากผู้ป่วยโควิด-19 ("ผู้ป่วย") ซึ่งเป็นคนไข้ของโรงพยาบาลท่านได้ยื่นพ้องคดีบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") ต่อศาลแขวงพระนครใต้ โดยคู่ความในคดีปรากฏตามรายชื่อผู้ป่วย เลขที่ HN. และ หมายเลขคดี ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 รวมจำนวน 3 ราย ได้ตกลงร่วมกันเพื่อมอบอำนาจให้บริษัทฯ และบริษัท สำนักกฎหมายประมวลชัย จำกัด ในฐานะทนายความของบริษัทฯ เป็นผู้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วยเพื่อติดต่อขอ ข้อมูลทางการแพทย์ ปรากฏตามหนังสือมอบอำนาจจากผู้ป่วย ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 2

ผู้ป่วยของโรงพยาบาลท่านที่เกี่ยวข้องกับคดีข้างต้นแบ่งเป็นผู้ป่วยที่บริษัทได้เคยสอบถามโรงพยาบาล แล้ว แต่ยังไม่ได้รับข้อมูลหรือข้อมูลที่ได้รับยังไม่ชัดเจน บริษัทฯ จึงขอให้แพทย์ผู้ทำการรักษาซึ่งเป็นแพทย์ในความ ดูแลของโรงพยาบาลท่านได้โปรดให้ข้อมูลของผู้ป่วยและความเห็นทางการแพทย์ในแบบฟอร์มขอข้อมูลผู้ป่วยโค วิด-19 (A01-4) สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตาม**สิ่งที่ส่งมาด้วย** 3

หากท่านมีข้อสงสัยหรือข้อขัดข้องประการใด โปรดติดต่อนายประมวล จันทร์ชีวะ และ/หรือ นาย นิติศาสตร์ สายสุนทร ทนายความบริษัท สำนักกฎหมายประมวลชัย จำกัด ตามที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ที่อยู่ ด้านบนของหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลให้ตอบกลับหนังสือฉบับนี้ภายใน 15 วันนับแต่ได้รับ หนังสือ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

1	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ เพื่อโปรคทราบ เพ็บควรมอบ. การคุม คุ อาก การพ อื่นๆ	ขอแสดงความนับถือ  (นายประมวล จันทร์ชีวะ) มอบอำนาจของบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
	Arass 1	(นายราเชษฎ เชิงพนม)
	MEIONA	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

บริษัท สำนักกฎหมายประมวลชัย จำกัด

18 ต.ค. 2565

## รายชื่อผู้ป่วย เลขที่ HN. และหมายเลขคดีดำของศาลแขวงพระนครใต้

รายชื่อผู้ป่วย	เลขที่ HN.	หมายเลขคดีดำของศาลแขวง
		พระนครใต้
นางสาวณัชชา แสนบุญ	-	ผมE1841/2565
เด็กชายอดิสร แสนบุญ	-	ผบE1842/2565
เด็กซายรุ่งเรื่อง โซดกลาง	-	ผบE1843/2565

เรอง ภูลขอกแ เร	มความจำเป็นทางการแพทย์		
เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอรัญประเทศ			
เนื่องด้า	้ เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวรุ่งอรุณ น้ำแก้ว ผู้รับมอบอำนาจจากจากนางสาวอุไร น้ำแก้ว ผู้แทนโดยชอบธรรมของ นางสาว		
ณัชชา แสนบุญ	ณัชชา แสนบุญ ได้ยื่นฟ้อง บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เป็นคดีหมายเลขดำที่ ผบE1841/2565 ของศาลแขวงพระนครใต่		
ดังนั้น จึงมีความ	เจ้าเป็นต้องขอความอนุเคราะห์มายัง แพทย์ผู้ทำการรัเ	าษาเพื่อสอบถามเหตุผลและความจำเป็นในการรับตัว นางสาว	
ณัชชา แสนบุญ เ	เข้าเป็นผู้ป่วยในดังนี้		
0	มีค่า BMI เกินเกณฑ์ที่กำหนด		
0	อายุเกิน 60 ปี		
0	มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้		
0	ปอดอักเสบ		
0	เข้าเกณฑ์ที่ร้ายแรงกว่านั้น		
0	มีความจำเป็นอื่นใด (โปรดระบุ)		
	ने अडल	ແກ້າ	
	ขอแสดงความขอบ > 0 กู น	แก้ว )	
	5 Orientalisma ( Con ) ( Con )		
ข้าพเจ้	ń	แพทย์ผู้ทำการรักษา ขอยืนยันว่า ข้อมูลดังที่ปรากฏในเอกสาร	
20			
ฉบับนี้เป็นความจ		ų ad	
ฉบับนี้เป็นความจ	จริงทุกประการ		
ฉบับนี้เป็นความจ			
ฉบับนี้เป็นความจ	จริงทุกประการ	แพทย์ผู้ทำการรักษา	
ฉบับนี้เป็นความจ	จริงทุกประการ	แพทย์ผู้ทำการรักษา )	
	จริงทุกประการ ลงชื่อ( หนังสือมอบอำนา	แพทย์ผู้ทำการรักษา )	
เพื่อปร	จริงทุกประการ ลงชื่อ( ห <b>นังสือมอบอำน</b> า ระโยชน์ในการขอความเห็นจากแพทย์ผู้ทำการรักษา	แพทย์ผู้ทำการรักษา )	
เพื่อปร นางสาวณัชชา แ	จริงทุกประการ ลงชื่อ ( หนังสือมอบอำนา ระโยชน์ในการขอความเห็นจากแพทย์ผู้ทำการรักษา สนบุญ เข้าเป็นผู้ป่วยใน ข้าพเจ้า ผู้รับมอบอำนาจจาก	แพทย์ผู้ทำการรักษา ) กจ ในการสอบถามความจำเป็นทางการแพทย์ในการรับ	
เพื่อปร นางสาวณัชชา แ ณัชชา แสนบุญ	จริงทุกประการ ลงชื่อ (  หนังสือมอบอำนา ระโยชน์ในการขอความเห็นจากแพทย์ผู้ทำการรักษา สนบุญ เข้าเป็นผู้ป่วยใน ข้าพเจ้า ผู้รับมอบอำนาจจาก ขอมอบอำนาจให้ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มห	แพทย์ผู้ทำการรักษา ) ในการสอบถามความจำเป็นทางการแพทย์ในการรับ นางสาวอุไร น้ำแก้ว ผู้แทนโดยชอบธรรมของ นางสาว หาชน) หรือ ผู้แทนหรือตัวแทน ของบริษัทดังกล่าว มี	
เพื่อปร นางสาวณัชชา แ ณัชชา แสนบุญ อำนาจขอความเ	จริงทุกประการ ลงชื่อ (  หนังสือมอบอำนา ระโยชน์ในการขอความเห็นจากแพทย์ผู้ทำการรักษา สนบุญ เข้าเป็นผู้ป่วยใน ข้าพเจ้า ผู้รับมอบอำนาจจาก ขอมอบอำนาจให้ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มห ห็นความจำเป็นทางการแพทย์ตามเอกสารที่ปรากฏฉบั	แพทย์ผู้ทำการรักษา ) ในการสอบถามความจำเป็นทางการแพทย์ในการรับ นางสาวอุไร น้ำแก้ว ผู้แทนโดยชอบธรรมของ นางสาว กาชน) หรือ ผู้แทนหรือตัวแทน ของบริษัทดังกล่าว มี	
เพื่อปร นางสาวณัชชา แ ณัชชา แสนบุญ อำนาจขอความเ การใด	จริงทุกประการ ลงชื่อ  (  หนังสือมอบอำนา ระโยชน์ในการขอความเห็นจากแพทย์ผู้ทำการรักษา สนบุญ เข้าเป็นผู้ป่วยใน ข้าพเจ้า ผู้รับมอบอำนาจจาก ขอมอบอำนาจให้ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มห ห็นความจำเป็นทางการแพทย์ตามเอกสารที่ปรากฏฉบั เที่บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทน	แพทย์ผู้ทำการรักษา ) ในการสอบถามความจำเป็นทางการแพทย์ในการรับ นางสาวอุไร น้ำแก้ว ผู้แทนโดยชอบธรรมของ นางสาว หาชน) หรือ ผู้แทนหรือตัวแทน ของบริษัทดังกล่าว มี ับนี้ แทนข้าพเจ้าได้ น หรือตัวแทน ของบริษัทดังกล่าวได้กระทำไปภายใน	
เพื่อปร นางสาวณัชชา แ ณัชชา แสนบุญ อำนาจขอความเ การใด	จริงทุกประการ ลงชื่อ  (  หนังสือมอบอำนา ระโยชน์ในการขอความเห็นจากแพทย์ผู้ทำการรักษา สนบุญ เข้าเป็นผู้ป่วยใน ข้าพเจ้า ผู้รับมอบอำนาจจาก ขอมอบอำนาจให้ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มห ห็นความจำเป็นทางการแพทย์ตามเอกสารที่ปรากฏฉบั เที่บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทน	แพทย์ผู้ทำการรักษา ) ในการสอบถามความจำเป็นทางการแพทย์ในการรับ นางสาวอุไร น้ำแก้ว ผู้แทนโดยชอบธรรมของ นางสาว หาชน) หรือ ผู้แทนหรือตัวแทน ของบริษัทดังกล่าว มี ับนี้ แทนข้าพเจ้าได้ น หรือตัวแทน ของบริษัทดังกล่าวได้กระทำไปภายใน	
เพื่อปร นางสาวณัชชา แ ณัชชา แสนบุญ อำนาจขอความเ การใด	จริงทุกประการ ลงชื่อ  (  หนังสือมอบอำนา ระโยชน์ในการขอความเห็นจากแพทย์ผู้ทำการรักษา สนบุญ เข้าเป็นผู้ป่วยใน ข้าพเจ้า ผู้รับมอบอำนาจจาก ขอมอบอำนาจให้ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มห ห็นความจำเป็นทางการแพทย์ตามเอกสารที่ปรากฏฉบั เที่บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทน	แพทย์ผู้ทำการรักษา ) ในการสอบถามความจำเป็นทางการแพทย์ในการรับ นางสาวอุไร น้ำแก้ว ผู้แทนโดยชอบธรรมของ นางสาว หาชน) หรือ ผู้แทนหรือตัวแทน ของบริษัทดังกล่าว มี ับนี้ แทนข้าพเจ้าได้ น หรือตัวแทน ของบริษัทดังกล่าวได้กระทำไปภายใน	
เพื่อปร นางสาวณัชชา แ ณัชชา แสนบุญ อำนาจขอความเ การใด	จริงทุกประการ  ลงชื่อ	แพทย์ผู้ทำการรักษา ) ในการสอบถามความจำเป็นทางการแพทย์ในการรับ นางสาวอุไร น้ำแก้ว ผู้แทนโดยชอบธรรมของ นางสาว ภาชน) หรือ ผู้แทนหรือตัวแทน ของบริษัทดังกล่าว มี เบนี้ แทนข้าพเจ้าได้ น หรือตัวแทน ของบริษัทดังกล่าวได้กระทำไปภายใน กุกประการ  ผาแก้ว ผู้มอบอำนาจ	
เพื่อปร นางสาวณัชชา แ ณัชชา แสนบุญ อำนาจขอความเ การใด	จริงทุกประการ  ลงชื่อ	แพทย์ผู้ทำการรักษา ) ในการสอบถามความจำเป็นทางการแพทย์ในการรับ นางสาวอุไร น้ำแก้ว ผู้แทนโดยชอบธรรมของ นางสาว หาชน) หรือ ผู้แทนหรือตัวแทน ของบริษัทดังกล่าว มี ับนี้ แทนข้าพเจ้าได้ น หรือตัวแทน ของบริษัทดังกล่าวได้กระทำไปภายใน	

		วันที่
เรื่อง ขอสอบถา	มความจำเป็นทางการแพทย์	
เรียน ผู้อำนวยก	าร โรงพยาบาลอรัญประเทศ	
เนื่องต	ด้วยข้าพเจ้า นางสาวรุ่งอรุณ น้ำแก้ว เ	ผู้แทนโดยชอบธรรมของ เด็กชายรุ่งเรือง โชคกลาง ได้ยื่นฟ้อง บริษัท ทิพย
		ั้ E1843/2565 ของศาลแขวงพระนครใต้ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องขอความ
		ผลและความจำเป็นในการรับตัว เด็กชายรุ่งเรื่อง โชคกลาง เข้าเป็นผู้ป่วยใน
ดังนี้	,	Annual of the second service of the
0	มีค่า BMI เกินเกณฑ์ที่กำหนด	
0	อายุเกิน 60 ปี	
0	มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้	
0	ปอดอักเสบ	
0	เข้าเกณฑ์ที่ร้ายแรงกว่านั้น	
0	มีความจำเป็นอื่นใด (โปรดระบ)	
	ขอแ	สดงความขอบคณ
	3 ve	าา ณ นางเก็ว
	( นางส	า กาวรุ่งอรุณ น้ำแก้ว )
ข้าพเจ้	ń	แพทย์ผู้ทำการรักษา ขอยืนยันว่า ข้อมูลดังที่ปรากฏในเอกสาร
ฉบับนี้เป็นความ	จริงทุกประการ	
	ลงชื่อ	แพทย์ผู้ทำการรักษา
	(	)
	หนั	ังสือมอบอำนาจ 
เพื่อปร	ระโยชน์ในการขอความเห็นจากแพทย์ผู้	ผู้ทำการรักษา ในการสอบถามความจำเป็นทางการแพทย์ในการรับ
		ง นางสาวรุ่งอรุณ น้ำแก้ว ผู่แทนโดยชอบธรรมของ เด็กชายรุ่งเรื่อง
7.7	v	1 1 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10

โชคกลาง ขอมอบอำนาจให้ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือ ผู้แทนหรือตัวแทน ของบริษัทดังกล่าว มีอำนาจขอ ความเห็นความจำเป็นทางการแพทย์ตามเอกสารที่ปรากฏฉบับนี้ แทนข้าพเจ้าได้

การใดที่บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทน หรือตัวแทน ของบริษัทดังกล่าวได้กระทำไปภายใน ขอบเขตอำนาจของหนังสือฉบับนี้ ให้ถือว่าเป็นการกระทำของข้าพเจ้าทุกประการ

ลงชื่อ	เบาเก้า พรอง	ผู้มอบอำนาจ
(	นางสาวรุ่งอรุณ น้ำแก้ว	)
ลงชื่อ		ผู้รับมอบอำนาจ
(		)

	วันที
เรื่อง ขอสอบถามค	ความจำเป็นทางการแพทย์
เรียน ผู้อำนวยการ	ร โรงพยาบาลอรัญประเทศ
เนื่องด้ว	ยข้าพเจ้า นางสาวรุ่งอรุณ  น้ำแก้ว ผู้รับมอบอำนาจจากนางสาวอุไร   น้ำแก้ว ผู้แทนโดยชอบธรรมของ เด็กชายอดิศร
แสนบุญ ได้ยื่นฟ้อ	ง บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เป็นคดีหมายเลขดำที่ ผบE1842/2565 ของศาลแขวงพระนครใต้ ดังนั้น
จึงมีความจำเป็นต้	ข้องขอความอนุเคราะห์มายัง แพทย์ผู้ทำการรักษาเพื่อสอบถามเหตุผลและความจำเป็นในการรับตัว เด็กชายอดิศร
แสนบุญ เข้าเป็นผู้	ู้ป่วยในดังนี้
	มีค่า BMI เกินเกณฑ์ที่กำหนด
0	อายุเกิน 60 ปี
0	มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้
0	ปอดอักเสบ
0	เข้าเกณฑ์ที่ร้ายแรงกว่านั้น
$\circ$	มีความจำเป็นอื่นใด (โปรดระบุ)
	ขอแสดงความขอบคุณ  ( นางสาวรุ่งอรุณ น้ำแก้ว )
***	แพทย์ผู้ทำการรักษา ขอยืนยันว่า ข้อมูลดังที่ปรากฏในเอกสาร
ฉบับนี้เป็นความจำ	
	ลงชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา
	(
	หนังสือมอบอำนาจ
เพื่อประ	ะโยชน์ในการขอความเห็นจากแพทย์ผู้ทำการรักษา ในการสอบถามความจำเป็นทางการแพทย์ในการรับ
เด็กชายอดิศร แล	สนบุญ เข้าเป็นผู้ป่วยใน ข้าพเจ้า ผู้รับมอบอำนาจจากนางสาวอุไร น้ำแก้ว ผู้แทนโดยชอบธรรมของ เด็กชาย
อดิศร แสนบุญ ฯ	ขอมอบอำนาจให้ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือ ผู้แทนหรือตัวแทน ของบริษัทดังกล่าว มี
อำนาจขอความเห็	นความจำเป็นทางการแพทย์ตามเอกสารที่ปรากฏฉบับนี้ แทนข้าพเจ้าได้

การใดที่บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทน หรือตัวแทน ของบริษัทดังกล่าวได้กระทำไปภายใน

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ