



3.2 Is any further treatment planned, please provide full detail \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3.3 Is this injuries related to any previous injury or illness the claimant had prior to this attendance? If yes please advise details to include date of any previous injury/illness  
 ( ) Yes ( ) No (DD/MM/YY) \_\_\_\_\_

4. If there any further information which in your opinion will assist us in assessing this claim, please furnish such information below.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**To be completed by Attending Physician**

I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.

Physician's signature: \_\_\_\_\_ Medical speciality \_\_\_\_\_ Medical license no: \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ ) Telephone No \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Name of Hospital/Official Stamp

**ข้อควรทราบ** ผู้ใดในการประกอบกรงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง