



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารไอเซี่ยนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
โทร. 0 2261 2300 โทรสาร 0 2261 3344 www.ocean.co.th E-mail : info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ 0 2207 8888

ใบรับรองความเห็นแพทย์

โรคความดันเลือดสูงของเส้นเลือดแดงในชนิดปฐมภูมิ

ผู้ป่วย : นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ _____ ชื่อ _____ นามสกุล _____ HN: _____

หมายเลขบัตรประชาชน : อายุ _____ ปี AN: _____

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบประกอบวิชาชีพ โปรดระบุรายละเอียดการรักษาทุกข้อ ไม่ควรเว้นว่างในคำถาม กรณีที่ไม่มีคำตอบให้เขียนว่า "NO" หรือ "-" แทนคำตอบหรือ Unknown ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูลนั้นครบสมบูรณ์(หากมีค่าธรรมเนียม ผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ)

กล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกจากการขาดเลือด(First Heart Attack)

1. What was the extent of the Pulmonary Hypertension.
 - 1.1 Was there dyspnea and fatigue?: () Yes () No
 - 1.2 Was there increase left atrial pressure of at least 20 units or more?: () Yes () No
 - 1.3 Was there pulmonary resistance of at least 3 units above normal?: () Yes () No
 - 1.4 Was there pulmonary artery pressure of at least 40 mmHg?: () Yes () No
 - 1.5 Was pulmonary wedge pressure of at least 6 mmHg?: () Yes () No
 - 1.6 Was there right ventricular end-diastolic pressure of at least 8 mmHg?: () Yes () No
 - 1.7 Were there right ventricular hypertrophy, dilatation and sign of right heart failure and decompensation?: () Yes () No
 - 1.8 What was the patient functional class according to New York Heart Association of cardiac impairment?: _____

2. In your medical opinion, what was the cause of the pulmonary arterial hypertension?:

3. Investigation/Laboratory report
 - 3.1 Was the HIV test performed?:
() No () Yes If "Yes", please give result _____ (DD/MM/YY)
 - 3.2 Please enclose copies of all reports that are available:
 HIV test X-rays Lung scan Pulmonary function studies Echocardiograms/Ultrasound
 Resting ECGs Any relevant laboratory evidence Any relevant hospital reports Cardiac Catheterization

4. Please state if the insured has suffered/been treated for any other illness(es)/complaints other than the Critical Illness.

5. 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.

Name of Doctor _____ Signature _____

Qualification _____ Specialty _____ Thailand's Medical registration _____

Name of Hospital/Official Stamp _____ Telephone No _____ Date _____

ข้อความทราบ ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาชีพแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้ันกระทำผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกไซตหนึ่ง