

ขั้นตอนการขอรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ

1. ส่งเอกสารการขอรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพมาที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน โดยมีเอกสารดังนี้
หน่วยงานภาครัฐ (ทุกกระทรวง)


1. หนังสือราชการ เรียน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
2. แบบฟอร์มการขอรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ พร้อมกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน

หน่วยงานภาคเอกชน (โรงพยาบาล และคลินิกเอกชน)

1. แบบฟอร์มการขอรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ พร้อมกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน
2. สำเนาใบประกอบกิจการ (สพ.7)
3. สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (สพ.19)

๔. รูปถ่ายหน้าหน้า คลินิก , แพทย์ที่ กี่ ชื่อ คลินิก

2. ส่งไปรษณีย์ ตามที่อยู่


เรียน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ถ. ดิوانนท์ จ.นนทบุรี 11000

ผู้ประสานงาน : คุณสุรเรณา ทวีตสุข เสนาะนาทา

โทรศัพท์ 02 ๕๙๐ 14๙2 โทรสาร 02 ๙๖๕ ๙๘1๖

*ดาวน์โหลดแบบฟอร์มการขอรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ

(ได้ที่ http://203.157.10.8/hcode_2014/download/p_requestform.pdf)

แบบฟอร์มการขอรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพ

1. ชื่อหน่วยงาน เริ่มดำเนินการวันที่ เดือน ปี
 สถานที่ตั้ง หมู่ ตำบล อำเภอ จังหวัด
 รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร
2. ประเภทหน่วยงาน

<input type="checkbox"/> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	<input type="checkbox"/> ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> โรงพยาบาลทั่วไป
<input type="checkbox"/> สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ	<input type="checkbox"/> ศูนย์สุขภาพชุมชน สธ.	<input type="checkbox"/> โรงพยาบาลศูนย์
<input type="checkbox"/> สถานีอนามัย	<input type="checkbox"/> ศูนย์สุขภาพชุมชน นอก สธ.	<input type="checkbox"/> โรงพยาบาลเอกชน
<input type="checkbox"/> สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	<input type="checkbox"/> คลินิกเอกชน	<input type="checkbox"/> โรงพยาบาลชุมชน
<input type="checkbox"/> ศูนย์บริการสาธารณสุข	<input type="checkbox"/> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	<input type="checkbox"/> โรงพยาบาล นอก สธ.
<input type="checkbox"/> ศูนย์วิชาการ	<input type="checkbox"/> โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข สาขา	<input type="checkbox"/> โรงพยาบาล นอก สป.สธ.
3. โครงสร้างอาคารสถานที่

<input type="checkbox"/> เป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นใหม่	<input type="checkbox"/> เป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นใหม่ภายใต้หน่วยงานเดิม
สถานที่ตั้ง <input type="checkbox"/> อยู่ภายใน หน่วยงานเดิม	<input type="checkbox"/> อยู่ภายนอก หน่วยงานเดิม

 ชื่อหน่วยงานเดิม..... รหัสหน่วยงานเดิม.....
4. สังกัด (กระทรวง, กรม) จำนวนเตียง (ตามจริง)จำนวนเตียง(ตามกรอบ).....
5. ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์

7.1 North	East	(ระบบ UTM) Zone
7.2 Latitude.....	Longitude	
6. จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ..... คน / จำนวนตำบลที่รับผิดชอบ..... ตำบล / จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ..... หมู่
7. จำนวนบุคลากรผู้ให้บริการ

<input type="checkbox"/> แพทย์ทั่วไป..... คน	<input type="checkbox"/> แพทย์เฉพาะทาง :	<input type="checkbox"/> อายุรศาสตร์ทั่วไป..... คน	<input type="checkbox"/> ศัลยศาสตร์..... คน
<input type="checkbox"/> ศัลยศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์..... คน	<input type="checkbox"/> โสต ศอ นาสิกวิทยา..... คน	<input type="checkbox"/> ศัลยศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คน	<input type="checkbox"/> จักษุวิทยา..... คน
<input type="checkbox"/> จิตเวชศาสตร์..... คน	<input type="checkbox"/> เวชศาสตร์ฟื้นฟู คน	<input type="checkbox"/> พยาธิวิทยากายวิภาค..... คน	<input type="checkbox"/> เวชศาสตร์ครอบครัว คน
<input type="checkbox"/> เวชศาสตร์ฟื้นฟู คน	<input type="checkbox"/> เวชปฏิบัติทั่วไป คน	<input type="checkbox"/> เวชศาสตร์ป้องกัน คน	<input type="checkbox"/> เวชศาสตร์ป้องกัน คน
<input type="checkbox"/> รังสีวิทยา คน	<input type="checkbox"/> รังสีวิทยา คน	<input type="checkbox"/> วิสัญญีวิทยา คน	
8. ข้อมูลการให้บริการ

<input type="checkbox"/> ทั่วไป	<input type="checkbox"/> กุมารเวชกรรม	<input type="checkbox"/> รังสี	<input type="checkbox"/> ชันสูตร	<input type="checkbox"/> จิตเวช
<input type="checkbox"/> จักษุ	<input type="checkbox"/> โสต ศอ นาสิก	<input type="checkbox"/> ออร์โธปิดิกส์	<input type="checkbox"/> สูติ-นรีเวชกรรม	<input type="checkbox"/> อายุรกรรม
<input type="checkbox"/> ศัลยกรรม	<input type="checkbox"/> แพทย์แผนไทย	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ		
9. เครื่องมือแพทย์

<input type="checkbox"/> เครื่องมือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT SCAN).....เครื่อง	<input type="checkbox"/> เครื่องมือตรวจอวัยวะด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI).....
<input type="checkbox"/> เครื่องสลายนิ่ว.....เครื่อง	<input type="checkbox"/> เครื่องเลเซอร์ (เครื่องแกมมาไนฟ์).....เครื่อง
<input type="checkbox"/> เครื่องอัลตราซาวด์.....เครื่อง	<input type="checkbox"/> เครื่องล้างไต.....เครื่อง
<input type="checkbox"/> เครื่องมือแพทย์ทั่วไป.....เครื่อง	
10. ผู้ประสานงาน หน่วยงาน เบอร์ติดต่อ..... e-mail.....
11. เอกสารประกอบการขอรหัสหน่วยงาน (หนังสืออนุมัติให้เปิดดำเนินการจากหน่วยงานต้นสังกัด)

ลงนาม

(.....)

ตำแหน่ง

(หัวหน้าส่วนราชการ)