

ข้อตกลงระดับการให้บริการ

งานที่ให้บริการ	การบริการส่งยาทางไปรษณีย์
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ขอบเขตการให้บริการ

สถานที่ / ช่องทางการให้บริการ

1. งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ชั้น 1 อาคาร
อำนวยการ
ที่อยู่: โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
โทรศัพท์: 053920200

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

ทุกวันจันทร์ – ศุกร์
ในเวลาราชการ (08.30-16.30น.)

ข้อกำหนดการให้บริการ

เอกสารหรือหลักฐานที่ต้องใช้

1. แบบฟอร์มการขอรับยาทางไปรษณีย์	จำนวน _ ฉบับ
2. เอกสาร _____ ตัวจริง พร้อมสำเนา _____ ที่มีการลงนามลงรับรอง สำเนาถูกต้อง	จำนวน _ ชุด
3. สำเนาเอกสาร _____ ที่มีการลงนามลงรับรองสำเนาถูกต้อง	จำนวน _ ชุด
4.	จำนวน _ ใบ

ค่าธรรมเนียม

0 บาท (_____ บาทถ้วน)

ระดับการให้บริการ

ระยะเวลา

ผู้ป่วยได้รับยาทางไปรษณีย์ ภายใน 1-5 วัน หลังทางโรงพยาบาลจัดส่ง (ขึ้นกับระยะทางของแต่ละพื้นที่)

คุณภาพ

ผู้รับบริการได้รับยาครบตามแผนการรักษาของแพทย์และมีความพึงพอใจต่อการบริการมากกว่าร้อยละ 80

ขั้นตอนการให้บริการ

ขั้นตอน	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
1. แจ้งความประสงค์ขอรับบริการส่งยาทางไปรษณีย์ ที่ศูนย์ประสานสิทธิ	ศูนย์ประสานสิทธิ
2. โอนเงิน กรณีมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินสิทธิ เลขที่บัญชีโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ธนาคารกรุงไทย 521-604-6402	งานการเงิน
3. รับแจ้งทางโทรศัพท์จากโรงพยาบาลเรื่องการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ พร้อมเลขหมายติดตามพัสดุ	ศูนย์ประสานสิทธิ
4. รอรับยาภายใน 1-5 วัน หลังจากทางโรงพยาบาลจัดส่ง (ขึ้นกับระยะทางของแต่ละพื้นที่)	

การรับเรื่องร้องเรียน

ถ้าการให้บริการไม่เป็นไปตามข้อตกลงที่ระบุไว้ข้างต้นสามารถติดต่อเพื่อร้องเรียนได้ที่ ศูนย์เรื่องร้องเรียนโทร.0539200 ต่อ 268