

รายละเอียดการจับเก็บดวงตา

โรงพยาบาล.....สังกัด.....

ชื่อผู้ถึงแก่กรรม.....นามสกุล.....

สัญชาติ.....เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง.....

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....เพศ.....

มีบัตรบริจาค.....  ไม่มีบัตรบริจาค

ญาติที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ.....นามสกุล.....

ที่อยู่ของญาติ.....

.....โทรศัพท์.....

สาเหตุการเสียชีวิต.....

ประวัติการเจ็บป่วย(ถ้ามี).....

ถึงแก่กรรมวันที่.....เวลา.....น.

สถานที่ถึงแก่กรรม.....

สถานที่จับเก็บดวงตา.....

จับเก็บดวงตาวันที่.....เวลา.....น.

ใส่ในกระดิกน้ำแข็งวันที่.....เวลา.....น.

ชื่อผู้เจรจา(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

สังกัดหน่วยงาน/โรงพยาบาล.....

ยศ/ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

ชื่อผู้จับเก็บดวงตา(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

สังกัดหน่วยงาน/โรงพยาบาล.....

ยศ/ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

หมายเหตุ

.....  
.....  
.....  
.....