

အာမခံစာရွက်ကြိုတင်တောင်းခံလွှာ

အောက်ပါ အချက်အလက်များ၊ စာရွက်စာတမ်းများကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

- i. ကျေးဇူးပြု၍ ကျွန်ုပ်တို့၏ ကြိုတင်ခွင့်ပေးစာအား အာမခံချက်ပေးနိုင်ရန် ကဏ္ဍအားလုံးကို အပြည့်အစုံဖြည့်ပေးပါ။
- ii. သက်ဆိုင်ရာဆေးဘက်ဆိုင်ရာစာရွက်စာတမ်းများ
- iii. ခန့်မှန်းခြေကြာချိန်နှင့် ဆေးရုံမှ ခန့်မှန်းကုန်ကျစရိတ်
- iv. သီးခြား ပြသမှု၊ ဖျားနာမှု သို့မဟုတ် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှုတစ်ခုစီအတွက် ပုံစံအသစ်တစ်ခု တင်ပြပေးပါ။
- v. မပြည့်စုံသော မှတ်တမ်းများ ပေးပို့ခြင်းသည် LOG ထုတ်ရာတွင်ကြာခြင်းနှင့် ငြင်းဆိုခြင်းများဖြစ်နိုင်ပါသည်။

အပိုင်း (၁) - အာမခံထားသူ သို့မဟုတ် မူဝါဒပိုင်ရှင်မှဖြည့်ရန်

Section A: လူနာသတင်းအချက်အလက်

လူနာအမည်	
Policy နံပါတ်	
နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်နံပါတ်	
မွေးနေ့	
ဆေးရုံစတင်မည့်နေ့	
ဆေးရုံအမည်	
ဆရာဝန်အမည်	
အခန်း/အဆောင် အမျိုးအစား	

Section B: ဆက်သွယ်ရန် အသေးစိတ်အချက်အလက်

အီးမေးလ်လိပ်စာ	
ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်းနံပါတ်	

Section C: ကြေညာစာတမ်း၊ သဘောတူညီချက်နှင့်ခွင့်ပြုချက်

ယခုဖောင်ဖြည့်ခြင်းအားဖြင့် အဆိုပါအချက်အလက်များကို အတည်ပြုပါသည်။

- (a) ကျွန်ုပ်သည်လူနာဖြစ်ပါသည်(သို့မဟုတ်)လူနာသည်အသက်၁၈နှစ်မပြည့်လျှင်လူနာ၏မိဘသို့မဟုတ်အုပ်ထိန်းသူဖြစ်သည်။
- (b) ဤကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်ပုံစံတွင်ပါ ဝင်သောအချက်အလက်များအားလုံးသည်ကျွန်ုပ်၏အသိဥာဏ်ကို အခြေခံ၍ မှန်ကန်သည်။
- (c) ကျွန်ုပ်၏ကုသသောဆရာဝန်(များ)၊ဆေးခန်း၊ဆေးရုံ(သို့)အခြားမည်သည့်ဆေးဘက်ဝန်ထမ်းမည်သူမဆိုကျွန်ုပ်၏ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်/ကျန်းမာရေးအခြေအနေနှင့်သက်ဆိုင်သောဆေးဘက်ဆိုင်ရာနှင့်/ငွေတောင်းခံလွှာအချက်အလက်များ(အတိတ်ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်သောအချက်အလက်များပါဝင်နိုင်သည်။သမိုင်းကြောင်းစိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာမှတ်စုများ၊မူးယစ်ဆေးဝါးသို့မဟုတ်အရက်အလွဲသုံးစားလုပ်ခြင်းမှတ်စုများ၊AIDSနှင့်အခြားလိင်မှတဆင့်ကူးစက်တတ်သောရောဂါများနှင့်ပတ်သက်သောသတင်းအချက်အလက်များ)ကိုလိုအပ်လျှင်လိုအပ်သည့်အတိုင်းငင်း၏တွဲဖက်ကုမ္ပဏီများ၊မိတ်ဖက်များနှင့်လက်အောက်ခံများအပါအဝင် ငင်း၏တွဲဖက်ကုမ္ပဏီများ၊ မိတ်ဖက်များနှင့်လက်အောက်ခံများအပါအဝင်ULINK ASSIST COMPANY LIMITED သည်ကျွန်ုပ်၏ခွင့်ပြုချက်၊ကိုယ်စားလှယ်များ၊ ကုသသော ဆရာဝန်(များ)မှရရှိသောသတင်းအချက်အလက်များ(သို့)မျှဝေရန်ခိုင်လုံသောရည်ရွယ်ချက်အတွက်ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုသည်။
- (d) ကျွန်ုပ်၏ဆေးဘက်ဆိုင်ရာစောင့်ရှောက်မှုအကူအညီဝန်ဆောင်မှုများ(သို့မဟုတ်)ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာအကျိုးကျေးဇူးများကို စီမံခန့်ခွဲရန်နှင့်ကျွန်ုပ်၏ရပိုင်ခွင့်များ၊အကျိုးခံစားခွင့်များနှင့်/သို့မဟုတ်ပြန်လည်ပေးဆပ်မှုများကိုပေါင်းစပ်ညှိနှိုင်းအကဲဖြတ်ရန်နှင့်ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက်ကျွန်ုပ်၏ဆေးခန်း၊ဆေးရုံ၊ကျန်းမာရေးသို့မဟုတ်ကျန်းမာရေးအာမခံကို ခွင့်ပြုပါသည်။
- (e) ဤနေရာတွင်တင်ပြသောအချက်အလက်များသည်ကျွန်ုပ်အတည်ပြုထားသောဆေးကုသမှုနှင့်စပ်လျဉ်းကာအတည်ပြုထားသော အခကြေးငွေများအတွက်ဆေးခန်း/ဆေးရုံများသို့တိုက်ရိုက်ခွင့်ပြုချက်အတွက်သာအသုံးပြုလိမ့်မည်ဟုကျွန်ုပ် သိရှိပါသည်။ အာမခံမရသောဆေးများ၊ အကျိုးခံစားခွင့်ကျော်လွန်သွားသော ပမာဏ၊ ထပ်ဆောင်းပေးရမည့် ပမာဏများနှင့်ဆေးဖိုးများ (ရှိလျှင်)

ကိုဆေးခန်း/ဆေးရုံများ (သို့) ULINK ASSIST COMPANY LIMITED သို့ တောင်းခံသည့်နေ့မှစ၍ အလုပ်ချိန် ၇ ရက်အတွင်း ပေးရန် ကျွန်ုပ်သဘောတူသည်။ အကာအကွယ်ပမာဏသည် ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်ပုံစံတွင်ပါဝင်သော အချက်အလက်များ၊ ရောဂါအမည်၊ အကျိုးဝင်သောမူဝါဒအကျိုးခံစားခွင့်၊ ဖယ်ထုတ်ထားသော အပိုဒ်၊ မူဝါဒစာရွက်စာတမ်းတွင် ဖော်ပြထားသော စည်းမျဉ်းများ ပေါ်တွင် အခြေခံ၍ အတည်ပြုထားသော စည်းမျဉ်းများဖြစ်သည်။

လက်မှတ်		သဘောတူညီမှုရေးထိုးသည့်နေ့	
အာမခံထားသူအမည်		လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ (ဆီလျော်မှသာ) *	

* အကယ်၍ ဤခွင့်ပြုချက်ကို လူနာ၏ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးမှ လူနာကိုယ်စား လက်မှတ်ရေးထိုးမှသာ

အပိုင်း (၂) - သက်ဆိုင်သောဆရာဝန်မှဖြည့်ရန်

Section A: ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အသေးစိတ်အချက်အလက်

a) ရောဂါ / ယာယီရောဂါလက္ခဏာ

b) ကျန်းမာရေးအခြေအနေနှင့် ကုသမှုသည် အောက်ပါတို့နှင့် ဆက်စပ်နေပါသလား။

ကိုယ်ဝန်/ကလေးမွေးဖွား/မျိုးမပွားနိုင်ခြင်း/ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျခြင်း(သို့)ယင်းကြောင့်ဖြစ်ပေါ်လာသည့် နောက်ဆက်တွဲပြဿနာများ

မွေးရာပါ/မျိုးရိုးလိုက်သောရောဂါ

မူးယစ်ဆေးဝါး/ အရက်သောက်ခြင်းကြောင့်ဖြစ်ပေါ်လာသည့်ရောဂါ

စိတ်ရောဂါ ဝေဒနာ

အလှူအပနှင့်သက်ဆိုင်သော/သွားနှင့်ခံတွင်း စောင့်ရှောက်မှု / မျက်စိဒီဂရီအမှားအယွင်းများ တည့်မတ်ခြင်း။

လိင်ကတဆင့်ကူးစက်ရောဂါ / အေအိုင်ဒီအက်စ် / HIV နှင့်ဆက်စပ်ခြင်း။

အပေါ်ကဟာတစ်ခုမှမဟုတ်ပါ

c) အသေးစိတ်ရောဂါလက္ခဏာများနှင့် အခြေအနေ

ပထမဆုံးပြသသည့်နေ့

ရောဂါလက္ခဏာများ စတင်သည့် ခန့်မှန်းရက်စွဲ/ လက္ခဏာများ၏ ကြာချိန်

ရောဂါလက္ခဏာများဖော်ပြချက်

d) အထက်ဖော်ပြပါ ရောဂါကို ပြင်ပလူနာအောက်တွင် ကုသ၍ရနိုင်ပါသလား။

ရ မရ
အကယ်၍ မရပါက ဤဆေးရုံတက်ခြင်းအတွက် အကြောင်းပြချက်ပေးပါ။

e) ဤရောဂါလက္ခဏာ/နာမကျန်းမှု သို့မဟုတ် ဆက်စပ်အခြေအနေများအတွက် ယခင်က တိုင်ပင်ဆွေးနွေးခြင်း/ ကုသမှု/ ဆေးရုံတက်ခြင်း သို့မဟုတ် ဤဆေးရုံတွင် လက်ရှိတက်ရောက်ခြင်းမပြုမီ အခြားရောဂါဖြင့် ဆေးရုံတက်မှုရှိမရှိ

ရှိ မရှိ
အကယ်၍ ရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ ယခင်ဆေးရုံတက်ကုသခြင်းနှင့် ဆေးမှတ်တမ်းများပေးပို့ပါ။

f) ခွဲစိတ်မှုအမည် သို့မဟုတ် ခွဲစိတ်မှုလုပ်ငန်းစဉ် (ဖြစ်နိုင်လျှင်)

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာအစီရင်ခံစာများနှင့် စုံစမ်းစစ်ဆေးမှုရလဒ်များကို ပူးတွဲပါ

g) ဆေးရုံတွင်နေထိုင်ရန် ခန့်မှန်းခြေကြာချိန်

h) ခန့်မှန်းခြေ ဆေးရုံကုန်ကျစရိတ်

ကုန်ကျစရိတ် ခန့်မှန်းခြေဖောင်များရှိပါက ဆေးရုံမှ ပူးတွဲတင်ပြပါ။

i) ထိခိုက်ဒဏ်ရာရှိမှုကြောင့် ဆေးရုံတက်ရပါက၊ မတော်တဆဖြစ်ပွားသည့်နေ့/အချိန်ကို ဖော်ပြပြီး အခြေအနေနှင့် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရသည့်အကြောင်းရင်းကို ဖော်ပြပါ။

မတော်တဆဖြစ်ပွားသည့်နေ့/အချိန်-

j) ထပ်လောင်း တင်ပြစရာရှိပါက (ဥပမာ သက်ဆိုင်ရာ ဆေးမှတ်တမ်း၊ လွှဲပြောင်းပေးစာ၊ မတော်တဆမှုအတွက် ရဲအစီရင်ခံစာ၊ အသားစဉ်စစ်ဆေးချက် အစီရင်ခံစာ)

Section B: ကြေညာစာတမ်း၊ သဘောတူညီချက်နှင့်ခွင့်ပြုချက်

ယခုဖောင်ဖြည့်ခြင်းအားဖြင့် အဆိုပါအချက်အလက်များကို အတည်ပြုပါသည်:

- (a) အထက်ဖော်ပြပါ ကျန်းမာရေးအခြေအနေနှင့်စပ်လျဉ်း၍ အာမခံထားသူ (ဆိုလိုသည်မှာ လူနာ) ကို ကိုယ်တိုင်ကိုယ်ကျ စစ်ဆေးကုသခဲ့ပြီး အထက်ဖော်ပြပါအချက်အလက်များသည် ၎င်း၏အခြေအနေနှင့် ပတ်သက်၍ ကျွန်ုပ်၏ စစ်မှန်သော ရိုးသားသော အမြင်နှင့် အကြံပြုထားသော ကုသမှုကို ကိုယ်စားပြုပါသည်။
- (b) ဤကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်ပုံစံတွင်ပါ ဝင်သောအချက်အလက်များအားလုံးသည်ကျွန်ုပ်၏အသိဉာဏ်ကို အခြေခံ၍ မှန်ကန်သည်။
- (c) ဤဆေးဘက်ဆိုင်ရာအချက်အလက်များကို ထုတ်ပြန်ရန် (အာမခံသူအမည်) (ယခင်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာသမိုင်း၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာမှတ်စုများ၊ မူးယစ်ဆေးဝါး သို့မဟုတ် အရက်အလွဲသုံးမှုမှတ်စုများ၊ AIDS နှင့် အခြားလိင်မှတဆင့်ကူးစက်သောရောဂါဆိုင်ရာအချက်အလက်များ) ကိုလိုအပ်လျှင်လိုအပ်သည့်အတိုင်း၎င်း၏တွဲဖက်ကုမ္ပဏီများ၊မိတ်ဖက်များနှင့်လက်အောက်ခံများအပါအဝင်၎င်း၏တွဲဖက်ကုမ္ပဏီများ၊ မိတ်ဖက်များနှင့်လက်အောက်ခံများအပါအဝင်ULINK ASSIST COMPANY LIMITED ကို ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုသည်။

ဆရာဝန်အမည်		ဆရာဝန်လက်မှတ်	
ဆေးလိုင်စင်အမှတ် (သို့) ဆရာဝန်တံဆိပ်ခေါင်း		ကြေငြာရက်စွဲ	