

**အာမခံစာရွက်ကြိုတင်တောင်းခံလွှာ**

အောက်ပါ အချက်အလက်များ၊ စာရွက်စာတမ်းများကို ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

- i. လိုအပ်သော သက်ဆိုင်သည့် ဆေးစာရွက်စာတမ်းများနှင့်အတူ တောင်းခံလွှာကို ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်ပေးပါ။
- ii. ဆေးခန်းပြု/ဖျားနာ/(သို့) ထိခိုက်ဒဏ်ရာအတွက် ဖောင်အသစ်တစ်ခုဖြည့်ပို့သင့်ပါသည်။
- iii. ဆေးခန်းပြု/ဖျားနာ/(သို့) ထိခိုက်ဒဏ်ရာအတွက် ဖောင်အသစ်တစ်ခုဖြည့်ပို့သင့်ပါသည်။

**Section A: လူနာသတင်းအချက်အလက်**

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

**Section B: ဆက်သွယ်ရန် အသေးစိတ်အချက်အလက်**

အီးမေးလ်လိပ်စာ	
ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်းနံပါတ်	

**Section C: ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အသေးစိတ်အချက်အလက်**

က) ဆရာဝန်နှင့် တွေ့ရသည့်အကြောင်းအရင်း (တစ်ခုသာရွေးပါ)

- မတော်တဆမှု ကြောင့် ဆေးရုံတက်ခြင်း
- ဆေးဝါးကုသမှုခံယူရန် လိုအပ်မှု ကြောင့် ဆေးရုံတက်ခြင်း (မတော်တဆမှုမဟုတ်)
- ကိုယ်ဝန်ပျက်ကျ၍ ဆေးရုံတက်ခြင်း
- ပြင်ပလူနာ

ခ) ရောဂါ / ကျန်းမာရေးအခြေအနေ

ဂ) လူနာသည်ခွဲစိတ်မှု / ခွဲစိတ်မှုခံယူရလိမ့်မည်

- လိုအပ်ပါသည်။  မလိုအပ်ပါ။
- လိုအပ်သည်ဆိုပါက ဆီလျော်သည့်ဆေးဝါးမှတ်တမ်းနှင့် စုံစမ်းကုသမှုရလဒ်များကို ပူးတွဲပေးပို့ပါ။

ဃ) လူနာသည် ယခုအခြေနေနှင့် တူညီသည့် (သို့) ဆက်နွယ်သည့် ကုသခံရမှု ယခင်က ရှိခဲ့ဖူးပါသလား။

- ရှိခဲ့ဖူးပါသည်။  မရှိခဲ့ဖူးပါ။
- ရှိခဲ့ဖူးသည်ဆိုပါက ယခင်က ဆေးဝါးမှတ်တမ်းနှင့် ကုသမှုရလဒ်များကို ပူးတွဲပေးပို့ပါ

င) ဆေးရုံတက်ရောက်ရသည့် ကြာချိန်

စတင်တက်ရောက်သည့်ရက်:  ခန့်မှန်း ဆေးရုံဆင်းရမည့်ရက်:

ခွဲစိတ်ရန်?  လို  မလို လိုအပ်ပါက ခွဲစိတ်ရမည့်အမျိုးအစား:

စ) ခန့်မှန်းကုန်ကျမည့် ဆေးရုံစရိတ် ကျပ်   
ဆေးရုံမှကုန်ကျစရိတ်ခန့်မှန်းပုံစံကို ကျေးဇူးပြု၍ ပူးတွဲပေးပါ။

ဆ) နောက်ထပ်ပူးတွဲပါမည့်များ (ဥပမာလွှဲပြောင်းစာ၊ မတော်တဆမှုအတွက်ရဲမှတ်တမ်း၊ biopsy အစီရင်ခံစာစသည်)

**Section D: ကြေညာစာတမ်း၊ သဘောတူညီချက်နှင့်ခွင့်ပြုချက်**

ယခုဖောင်ဖြည့်ခြင်းအားဖြင့် အဆိုပါအချက်အလက်များကို အတည်ပြုပါသည်။

1. ကျွန်ုပ်တို့သည်လူနာဖြစ်ပါသည်(သို့မဟုတ်)လူနာသည်အသက်၁၈နှစ်မပြည့်လျှင်လူနာ၏မိဘသို့မဟုတ်အုပ်ထိန်းသူ ဖြစ်သည်။
2. ဤကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်ပုံစံတွင်ပါ ဝင်သောအချက်အလက်များအားလုံးသည်ကျွန်ုပ်တို့၏အသိဉာဏ်ကို အခြေခံ၍ မှန်ကန်သည်။
3. ကျွန်ုပ်တို့၏ကုသသောဆရာဝန်(များ)၊ဆေးခန်း၊ဆေးရုံ(သို့)အခြားမည်သည့်ဆေးဘက်ဝန်ထမ်းမည်သူမဆိုကျွန်ုပ်တို့၏ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်/ ကျန်းမာရေးအခြေအနေနှင့် သက်ဆိုင်သောဆေးဘက်ဆိုင်ရာနှင့်/ ငွေတောင်းခံလွှာအချက်အလက်များ (အတိတ်ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်သောအချက်အလက်များပါ ဝင်နိုင်သည်။ သမိုင်းကြောင်း၊ စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာမှတ်စုများ၊ မူးယစ်ဆေးဝါး (သို့မဟုတ်) အရက် အလွဲသုံးစားလုပ်ခြင်းမှတ်စုများ၊ AIDS နှင့်အခြားလိင်မှ တဆင့် ကူးစက်တတ်သောရောဂါများနှင့် ပတ်သက်သောသတင်းအချက်အလက်များ) ကိုလိုအပ်လျှင် လိုအပ်သည့်အတိုင်းငင်း၏တွဲဖက်ကုမ္ပဏီများ၊ မိတ်ဖက်များနှင့်လက်အောက်ခံများအပါအဝင် ၎င်း၏တွဲဖက်ကုမ္ပဏီများ၊ မိတ်ဖက်များ နှင့် လက်အောက်ခံများ အပါအဝင် Ulink Assist Co. Ltd. သည်ကျွန်ုပ်တို့ခွင့်ပြုချက်၊ ကိုယ်စားလှယ်များ၊ ကုသသောဆရာဝန် (များ) မှရရှိသော သတင်းအချက်အလက်များ (သို့) မျှဝေရန်ခိုင်လုံသောရည်ရွယ်ချက်အတွက်ကျွန်ုပ်တို့ခွင့်ပြုသည်။
4. ကျွန်ုပ်တို့၏ဆေးဘက်ဆိုင်ရာစောင့်ရှောက်မှု၊အကူအညီဝန်ဆောင်မှုများ(သို့မဟုတ်)ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုဆိုင်ရာအကျိုးကျေးဇူးများကိုစီမံခန့်ခွဲရန်နှင့်ကျွန်ုပ်တို့၏ရပိုင်ခွင့်များ၊အကျိုးခံစားခွင့်များနှင့်/သို့မဟုတ်ပြန်လည်ပေးဆပ်မှုများကိုပေါင်းစပ်ညှိနှိုင်းအကဲဖြတ်ရန်နှင့်ဆုံးဖြတ်ရန်အတွက်ကျွန်ုပ်တို့၏ဆေးခန်း၊ဆေးရုံ၊ကျန်းမာရေးသို့မဟုတ်ကျန်းမာရေးအာမခံကို ခွင့်ပြုပါသည်။
5. ဤနေရာတွင်တင်ပြသောအချက်အလက်များသည်ကျွန်ုပ်တို့အတည်ပြုထားသောဆေးကုသမှုနှင့်စပ်လျဉ်းကာ အတည်ပြုထားသောအကြောင်းငွေများအတွက်ဆေးခန်း/ဆေးရုံများသို့တိုက်ရိုက်ခွင့်ပြုချက်အတွက်သာအသုံးပြုလိမ့်မည်ဟုကျွန်ုပ်တို့ သိရှိပါသည်။ အာမခံမရသောဆေးများ၊ အကျိုးခံစားခွင့်ကျော်လွန်သွားသော ပမာဏ၊ ထပ်ဆောင်းပေးရမည့် ပမာဏများနှင့်ဆေးဖိုးများ (ရှိလျှင်) ကိုဆေးခန်း/ဆေးရုံများ (သို့) Ulink Assist Co.Ltd သို့တောင်းခံသည့်နေ့မှစ၍အလုပ်ချိန်ရက်အတွင်းပေးရန်ကျွန်ုပ်တို့သဘောတူသည်။အကာအကွယ်ပမာဏသည်ကြိုတင်ခွင့်ပြုချက်ပုံစံတွင်ပါဝင်သောအချက်အလက်များ၊ ရောဂါအမည်၊ အကျိုးဝင်သောမူဝါဒအကျိုးခံစားခွင့်၊ ဖယ်ထုတ်ထားသောအပိုဒ်၊ မူဝါဒစာရွက်စာတမ်းတွင်ဖော်ပြထားသောစည်းမျဉ်းများ ပေါ်တွင် အခြေခံ၍ အတည်ပြုထားသော စည်းမျဉ်းများဖြစ်သည်။

လက်မှတ်		သဘောတူညီမှုရေးထိုးသည့်နေ့	
လူနာအမည်		လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ (ဆီလျော်မှသာ) *	

\* အကယ်၍ ဤခွင့်ပြုချက်ကို လူနာ၏ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးမှ လူနာကိုယ်စား လက်မှတ်ရေးထိုးမှသာ\*