

ទម្រង់បែបបទទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រង

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង៖		ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង៖	
ឈ្មោះម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង៖		លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ៖	

ក. ព័ត៌មានអ្នកទាមទារសំណង

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំឈ្មោះ៖ _____ លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លេខលិខិតឆ្លងដែន៖ _____

អាសយដ្ឋានទំនាក់ទំនង៖ _____

លេខទូរស័ព្ទ៖ _____ អ៊ីម៉ែល៖ _____

ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬអ្នកបង់ប្រាក់៖

ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង
 ជាអ្នកទទួលផល
 ផ្សេងៗ _____

ខ. ព័ត៌មានលម្អិតទាក់ទងនឹងព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង

1. កើតឡើងចំពោះឈ្មោះ៖ _____ ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត៖ _____

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ/លេខលិខិតឆ្លងដែន៖ _____ ជាអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ជាអ្នកបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង

ព័ត៌មានលម្អិតនៃការទាមទារសូមជ្រើសរើស៖

មរណភាព
 ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍
 ជំងឺមហារីក/ ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ៖

- ជំងឺមហារីកដំណាក់កាលដំបូង
- ជំងឺមហារីកដំណាក់កាលចុងក្រោយ
- ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ដោយសារការចុះអន់ថយ នៃសរសៃប្រសាទជាអចិន្ត្រៃយ៍
- ជំងឺគាំងបេះដូងកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរជាក់លាក់
- ផ្សេងៗ _____

2. មូលហេតុនៃព្រឹត្តិការណ៍ទាមទារសំណង៖

ជំងឺ៖ រោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទរកឃើញដំបូង៖ _____ មន្ទីរពេទ្យ៖ _____

គ្រោះថ្នាក់៖ ទីកន្លែងកើតហេតុ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់៖ _____

3. មុនពេលការស្នើទាមទារសំណង តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងធ្លាប់ទទួលការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រពីមន្ទីរពេទ្យ គ្លីនិក ឬកន្លែងព្យាបាលណាមួយ ដែរឬទេ?

គ្មាន
 មាន (ប្រសិនបើមានសូមបញ្ជាក់បន្ថែមនៅខាងក្រោមនេះ)

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត៖ _____ ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក៖ _____ រោគវិនិច្ឆ័យ៖ _____

4. មុខរបរ និងកន្លែងធ្វើការ មុនពេលការស្នើទាមទារសំណង៖ _____

5. តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / អ្នកបង់បុព្វលាភធានារ៉ាប់រង មានបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងអាយុជីវិតនៅក្រុមហ៊ុនណាទៀតដែរឬទេ?

គ្មាន មាន (ប្រសិនបើមានសូមបញ្ជាក់បន្ថែមនៅខាងក្រោមនេះ) _____

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត៖ _____

លេខបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង៖ _____ ទឹកប្រាក់ធានារ៉ាប់រង៖ _____

ក. វិធីទូទាត់សំណងដែលត្រូវបានអនុម័ត

ក. តាមរយៈផ្ទេរតាមធនាគារ ខ. តាមរយៈមូលប្បទានប័ត្រ

ឈ្មោះធនាគារ៖ _____ ទូទាត់ទៅកាន់ឈ្មោះអ្នកទាមទារសំណង៖ _____

ឈ្មោះម្ចាស់គណនី៖ _____ លេខគណនី៖ _____

វិធីទូទាត់សំណងតាមមធ្យោបាយផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖ _____

ឃ. ឯកសារចាំបាច់ដែលត្រូវភ្ជាប់ជាមួយសំណើទាមទារសំណង

1. របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ (តាមទម្រង់បែបបទក្រុមហ៊ុន)
2. កំណត់ត្រាឯកសារសុខភាព និងវេជ្ជសាស្ត្រពាក់ព័ន្ធ (មុនពេលដាក់ពាក្យទាមទារសំណង)
3. (របាយការណ៍វិភាគដុំសាច់ (Pathology or Histology Report) ក្នុងករណីមហារីក)
4. លិខិតថតចម្លងស្របច្បាប់
 - ក. អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/អ្នកបង់បុព្វលាភ
 - ខ. អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នកទទួលបានប្រយោជន៍ទាំងអស់
5. លិខិតមរណភាព បញ្ជាក់ពីអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន
6. របាយការណ៍សុខភាព ក្នុងករណីមរណភាព/ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍ ដែលបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់
7. លិខិតថតចម្លងរបាយការណ៍នៃការធ្វើកោសល្យវិច័យ ដែលត្រូវបានបញ្ជាក់ (ប្រសិនបើមាន)
8. ឯកសារដទៃទៀតដែលតម្រូវឲ្យមាន៖ _____

ង. សេចក្តីអះអាង និងអនុញ្ញាតបញ្ចេញ ព័ត៌មាន

- ក) ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំបានផ្តល់នៅក្នុងការស្នើសុំសំណងនេះ គឺពេញលេញ និងត្រឹមត្រូវ ផ្អែកលើចំណេះដឹងជាក់ស្តែងរបស់ខ្ញុំ បាន/នាងខ្ញុំ។
- ខ) ដោយន័យនេះ ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំយល់ព្រមឲ្យគ្រូពេទ្យ មន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិកដែលបានផ្តល់នូវការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដល់អ្នកដែលបានទទួល មរណភាព/ពិការភាព (អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/អ្នកបង់ប្រាក់) បង្ហាញប្រវត្តិព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬសេចក្តីលម្អិតដទៃទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹង ការព្យាបាល និងលទ្ធផលពិនិត្យសុខភាព ទៅឲ្យក្រុមហ៊ុន ។
- គ) ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ អនុញ្ញាតឲ្យក្រុមហ៊ុន ឬទីប្រឹក្សារបស់ក្រុមហ៊ុន ធ្វើជាអ្នកតំណាងផ្នែកច្បាប់ដើម្បីបន្តដំណើរការ និងទាក់ទងទទួលនូវព័ត៌មានផ្នែក វេជ្ជសាស្ត្រខាងលើ ពីគ្រូពេទ្យ មន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិកដែលបានផ្តល់នូវការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដល់អ្នកដែលបានទទួលមរណភាព/ពិការភាព ប្រៀបដូចជាសកម្មភាពខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំផ្ទាល់ គ្រប់ទិដ្ឋភាពទាំងអស់។
- ឃ) ប្រសិនបើសំណងត្រូវបានស្នើសុំដោយខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំ ដែលជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង ឬអ្នកទទួលបានផល និងដែលត្រូវបានស្គាល់ជាអ្នកទាមទារ សំណង ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា បានទទួលការអនុញ្ញាតចាំបាច់ពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង/អ្នកបង់ប្រាក់ដើម្បី៖

