

ផ្នែកទី១ ទម្រង់បែបបទធានារ៉ាប់រងលើបណ្តុះសន្យារ៉ាប់រងជាត្រូវប្រើការសម្រាកព្យាបាលនិងការវះកាត់
SECTION ONE – HOSPITAL & SURGICAL INSURANCE CLAIMS FORM

លេខសំណងរបស់យើង / Our Claim No.: _____

ផ្នែកទី១ ត្រូវបំពេញដោយអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / អ្នកទាមទារសំណង (ជាអក្សរធំដូចតារាងខាងក្រោម)

Section 1 - To be completed by the Insured / Claimant (IN BLOCK LETTERS)

ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង Name of Insured		លេខបណ្តុះសន្យារ៉ាប់រង Policy No.	
អ្នកទាមទារសំណង (ក្រៅពីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង) Claimant (other than the Insured)	អ្នកទាមទារសំណងជា / Claimant is: ☐ ខ្លួនឯង Self ☐ កូន Child	☐ ប្តី/ប្រពន្ធ Spouse	លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ / លេខលិខិតឆ្លងដែន (ប្រសិនបើមាន) : ID Card No./Passport No. (if applicable):
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត / Birth Date (ថ្ងៃ/dd) (ខែ/mm) (ឆ្នាំ/yy)	អាយុ / Age 	ភេទ / Sex ☐ ប្រុស / Male ☐ ស្រី / Female	សាសនា / Race
មានគ្រួសារ ឬនៅលីវ / Marital Status		មុខរបរ / Occupation	
និយោជក / Employer		អាសយដ្ឋាននិយោជក / Employer's Address	
លេខទូរស័ព្ទ / Tel. No.			
ប្រភេទសំណង / Type of Claim ☐ ជំងឺសម្រាកនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ / Hospitalisation ☐ ជំងឺសម្រាកក្រៅមន្ទីរពេទ្យ / Outpatient ☐ គ្រោះថ្នាក់ / Accident ស្ថានភាពគ្រោះថ្នាក់ / Circumstances of Accident			
		ករណីទូទាត់សំណង សូមចេញជាមូលប្បទានបត្រទៅកាន់ If Claim payable, make cheque(s) to ☐ និយោជក / Employer ☐ និយោជិក / Employee	
ព័ត៌មានលម្អិតពីបណ្តុះសន្យារ៉ាប់រងផ្សេងទៀត ដូចជាសំណងលើកម្មករនិយោជិក និងសំណងផ្សេងៗ / Details of other insurance policies, Workmen's Compensation and others:			
ប្រភេទបណ្តុះសន្យារ៉ាប់រង Policy Type		ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង Insurance Company	លេខបណ្តុះសន្យារ៉ាប់រង Policy No.
ការផ្តល់សិទ្ធិជូន គ្រូពេទ្យ មន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិកដើម្បីបញ្ចេញព័ត៌មាន AUTHORISATION TO PHYSICIAN, HOSPITAL OR CLINIC TO RELEASE INFORMATION			
តទៅនេះ យើងខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យ គ្រូពេទ្យ វេជ្ជបណ្ឌិត មន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិកដែលបានផ្តល់សេវាកម្មព្យាបាល ត្រួតពិនិត្យជំងឺដល់យើងខ្ញុំ ឬនៅគ្រប់កន្លែងទាំងអស់ដែលយើងខ្ញុំមាន សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការថែទាំសុខភាពយើងខ្ញុំ រួមទាំងប្រវត្តិជំងឺទាំងអស់ទាក់ទងទៅនឹង សំណងលើបណ្តុះសន្យារ៉ាប់រងជំងឺ និងការវះកាត់ មកកាន់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងយើងខ្ញុំខាងលើ ។ I hereby authorise any physician, medical practitioner, hospital or clinic by whom or where I have/my ward has been observed or treated, to give full particulars about my/ward's health including my/ward's whole medical history in respect of this hospitalisation/surgery, to the above insurance company.			
ហត្ថលេខារបស់អ្នកជំងឺ Signature of Patient		ហត្ថលេខារបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង / អ្នកទាមទារសំណង Signature of Insured/Claimant (ប្រថាប់ត្រាក្រុមហ៊ុនបើសិនជាអនុវត្ត) (Company Stamp where applicable)	
កាលបរិច្ឆេទ / Date		កាលបរិច្ឆេទ / Date	

ផ្នែកទី២ របាយការណ៍ជំងឺ
SECTION TWO – MEDICAL REPORT

ផ្នែកទី២ ត្រូវបំពេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានព្យាបាល (ជាអក្សរធំដូចខាងក្រោម)		លេខ:
SECTION II – To be completed by the attending doctor (IN BLOCK LETTERS)		Ref. No:
ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ និងអាសយដ្ឋាន Name of Hospital and Address		
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ Name of Patient		
កាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលាចូលសម្រាកពេទ្យ Date and Time of Admission		កាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលាចេញពីពេទ្យ Date and Time of Discharge
 (ថ្ងៃ/dd) (ខែ/mm) (ឆ្នាំ/yy) (ម៉ោង/hrs) (ថ្ងៃ/dd) (ខែ/mm) (ឆ្នាំ/yy)		
ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានព្យាបាល និងអាសយដ្ឋាន Name of Referring Doctor and Address		
វេជ្ជបណ្ឌិតទទួលអ្នកជំងឺចូលមន្ទីរពេទ្យ Admitting Doctor	វេជ្ជបណ្ឌិតព្យាបាលអ្នកជំងឺ Attending Doctors	ឯកទេស Specialty
1ក រោគវិនិច្ឆ័យ / លេខសម្គាល់រោគវិនិច្ឆ័យ 1a. Diagnosis/ICD Coding 1ខ មូលហេតុ និងរោគសាស្ត្រនៃរោគវិនិច្ឆ័យខាងលើ (ប្រសិនបើអនុវត្ត) 1b. Cause and Pathology (if applicable) of the above diagnosis	4ក សូមគូស ✓ លក្ខណៈនៃការព្យាបាល និងការអង្កេត: 4a. Please ✓ Nature of Treatment and Investigation: ☐ ការវះកាត់ / OPERATION ☐ ការប្រឹក្សាពីរបបអាហារ / DIETARY COUNSELLING ☐ ឥដ្ឋរ / X-RAY ☐ ផ្សេងៗទៀត សូមផ្តល់បន្ថែម / OTHERS, give detail..... ☐ ការព្យាបាលតាមបែបធម្មជាតិ / PHYSIOTHERAPY ☐ ការប្រើឱសថ / MEDICATIONS ☐ ធ្វើតេស្តឈាម / BLOOD TESTS 4ខ ប្រសិនបើមាននីតិវិធីព្យាបាលលើសពីមួយ សូមបញ្ជាក់ពីប្រភេទនីតិវិធីដែលបានអនុវត្ត: 4b. If more than one procedure was involved, Please state Type of Procedures performed: ប្រភេទ/Type កាលបរិច្ឆេទ/DATE ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត/NAME OF DOCTOR i. ii. iii. 4គ តើមានជំងឺវត្តមានជំងឺផ្សេងទៀតទេ? 4c. Other medical conditions present? តាំងពី (ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ) / Since (dd mm yy)..... តាំងពី (ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ) / Since (dd mm yy)..... តាំងពី (ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ) / Since (dd mm yy).....	
2ក តើពេលណាអ្នកជំងឺបានពិគ្រោះយោបល់លើកដំបូងជាមួយអ្នកជំងឺនេះ? 2a. When did patient first consult you for this condition? (ថ្ងៃ/dd) (ខែ/mm) (ឆ្នាំ/yy) 2ខ តើអ្នកជំងឺបានព្យាបាលជំងឺនេះពីមុនទេ? 2b. Was the patient previously treated for the condition? ទេ/No បាទ/ចាស សូមបញ្ជាក់បន្ថែមហើយពេលណា/Yes, give details and when (ថ្ងៃ/dd) (ខែ/mm) (ឆ្នាំ/yy) 2គ តាមជំនាញវិជ្ជាជីវៈរបស់អ្នក តើជំងឺនេះមានយូរហើយឬនៅ? 2c. How long in your professional opinion has the condition existed? (ថ្ងៃ/dd) (ខែ/mm) (ឆ្នាំ/yy)	5 តើជាជំងឺ 5. Was the condition ផ្ទាល់កំណើត / congenital ភ័យភ្លាច / nervous ផ្លូវចិត្ត / mental	
6 តើអ្នកជំងឺមានផ្ទៃពោះនៅពេលចូលមន្ទីរពេទ្យមែនទេ? (ចំពោះស្ត្រីតែប៉ុណ្ណោះ) 6. Was the patient pregnant at the time of hospitalisation? (For Females Only)		
7 បើសិនជាការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យគឺដោយសារតែមានគ្រោះថ្នាក់ សូមបង្ហាញពីកាលបរិច្ឆេទ / ពេលវេលានៃគ្រោះថ្នាក់: 7. If the hospitalisation was due to accident, please indicate date/time of accident: (ថ្ងៃ/dd) (ខែ/mm) (ឆ្នាំ/yy) (ម៉ោង/hrs)		
8 ការណែនាំការចេញពីពេទ្យ / ពិនិត្យតាមដាន 8. Discharge/Follow-up instructions		
ហត្ថលេខា និងឈ្មោះរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត / Signature and Name of Attending Doctor ប្រថាប់ត្រាមន្ទីរពេទ្យ / Hospital Stamp កាលបរិច្ឆេទ / Date		