



**ទម្រង់សង្ខេបនៃការព្យាបាលសម្រាប់មូលនិធិសមធម៌**  
**សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលគាំទ្រដោយមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល**  
**(ក្រីក្រ)**



**I. ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ**

លេខកូដប័ណ្ណក្រីក្រ៖ ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖ អាសយដ្ឋាន៖ ខេត្ត _____ ស្រុក _____ ឃុំ _____ ភូមិ _____ ឈ្មោះមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖	កាលបរិច្ឆេទ <sup>១</sup> ៖ ឈ្មោះបុគ្គលិក ហត្ថលេខា
---	---

**II. កញ្ចប់សេវាមូលនិធិសមធម៌<sup>២</sup>**

គូស	លេខកូដ SP	ហត្ថលេខាគ្រូពេទ្យព្យាបាល	គូស	លេខកូដSP	ហត្ថលេខាគ្រូពេទ្យព្យាបាល	កាលបរិច្ឆេទ <sup>៣</sup>
						ចូល៖ ម៉ោង៖
						ចូលប្រចាំខែ៖ ម៉ោង៖
						ចូលប្រចាំត្រីមាស៖ ម៉ោង៖

**III. ព័ត៌មានលម្អិតអំពីសេវាដែលបានផ្តល់ (ត្រូវបំពេញដោយគ្រូពេទ្យព្យាបាល)<sup>៤</sup>**

សាល	សេវា	កាលបរិច្ឆេទ <sup>៥</sup>

**ថ្លៃសេវាអ្នកប្រើប្រាស់ដែលត្រូវបានកំណត់ (បេឡាករ)**

ថ្លៃសេវា <sup>៦</sup>	ត្រារបស់បេឡាករ <sup>៧</sup>

**IV. ព័ត៌មានអ្នកជំងឺចាកចេញ**

កាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យ៖	ម៉ោង៖
ប្រភេទនៃការចេញពីមន្ទីរពេទ្យ៖	លទ្ធផល៖
<b>រោគវិនិច្ឆ័យចូលសម្រាកពេទ្យ ឬលេខកូដ ICD10</b>	<b>រោគវិនិច្ឆ័យចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬលេខកូដ ICD10</b>
1.	1.
2.	2.
3.	3.

កាលបរិច្ឆេទ <sup>៨</sup> ៖ ឈ្មោះអ្នកជំងឺ	កាលបរិច្ឆេទ <sup>៩</sup> ៖ ហត្ថលេខា និងឈ្មោះគ្រូពេទ្យព្យាបាល	កាលបរិច្ឆេទ <sup>១០</sup> ៖ ហត្ថលេខា និងឈ្មោះរបស់បេឡាករ
---	---	--

<sup>1</sup> កាលបរិច្ឆេទ Print ចេញពីប្រព័ន្ធផ្តល់សេវា (PMRS)

<sup>2</sup> បំពេញលេខកូដតាមកញ្ចប់សេវាមូលនិធិសមធម៌ (មិនអាចស្កាន) រួមបញ្ចូលទាំងសេវាហ៊ុយសេវាបញ្ជូនផងដែរ បើមាន និងចុះហត្ថលេខារបស់គ្រូពេទ្យព្យាបាល

<sup>3</sup> កាលបរិច្ឆេទរបស់អ្នកជំងឺពេលចូលប្រើប្រាស់សេវា

<sup>4</sup> បំពេញឈ្មោះសាល និងសេវាចំបងតែមួយគត់ដែលមូលដ្ឋានសុខាភិបាលបានផ្តល់នៅតាមសាលនីមួយៗនោះ (មួយសាល មួយសេវាចំបង)

<sup>5</sup> កាលបរិច្ឆេទចូលប្រើប្រាស់សេវាតាមសាលនីមួយៗ

<sup>6</sup> គូសយកកញ្ចប់សេវាមូលនិធិសមធម៌តែមួយ នៅលេខ (II) និងបំពេញថ្លៃសេវា (ករណីមានសេវាហ៊ុយសេវាបញ្ជូនត្រូវគូសយកសេវាបញ្ជូននោះផងដែរ)

<sup>7</sup> វាយត្រាPaidរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល

<sup>8</sup> ស្នាមមេដៃរបស់អ្នកជំងឺពេលចាកចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល

<sup>9</sup> គ្រូពេទ្យព្យាបាលដែលទទួលខុសត្រូវចុងក្រោយ

<sup>10</sup> បេឡាករដែលចាត់តាំងដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាល