



ទម្រង់សម្រាប់ការព្យាបាលសម្រាប់មូលនិធិសមធម៌
សម្រាប់អ្នកជំងឺដែលគាំទ្រដោយមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល
 (ក្រីក្រ)



I. ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ

លេខកូដប័ណ្ណក្រីក្រ៖ ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖ អាសយដ្ឋាន៖ ខេត្ត _____ ស្រុក _____ ឃុំ _____ ភូមិ _____ ឈ្មោះមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖	កាលបរិច្ឆេទ ¹ ៖ ឈ្មោះបុគ្គលិក ហត្ថលេខា
---	---

II. កញ្ចប់សេវាមូលនិធិសមធម៌²

គូស	លេខកូដ SP	ហត្ថលេខាត្រួតពិនិត្យព្យាបាល	គូស	លេខកូដSP	ហត្ថលេខាត្រួតពិនិត្យព្យាបាល	កាលបរិច្ឆេទ ³
						ចូល៖ ម៉ោង៖
						ចូលប្រចាំខែ៖ ម៉ោង៖
						ចូលប្រចាំត្រីមាស៖ ម៉ោង៖

III. ព័ត៌មានលម្អិតអំពីសេវាដែលបានផ្តល់ (ត្រូវបំពេញដោយគ្រូពេទ្យព្យាបាល)⁴

សាល	សេវា	កាលបរិច្ឆេទ ⁵

ថ្លៃសេវាអ្នកប្រើប្រាស់ដែលត្រូវបានកំណត់ (បេឡាករ)

ថ្លៃសេវា ⁶	ត្រារបស់បេឡាករ ⁷

IV. ព័ត៌មានអ្នកជំងឺចាកចេញ

កាលបរិច្ឆេទចេញពីមន្ទីរពេទ្យ៖	ម៉ោង៖
ប្រភេទនៃការចេញពីមន្ទីរពេទ្យ៖	លទ្ធផល៖
រោគវិនិច្ឆ័យចូលសម្រាកពេទ្យ ឬលេខកូដ ICD10	
1.	1.
2.	2.
3.	3.

កាលបរិច្ឆេទ ⁸ ៖ ឈ្មោះអ្នកជំងឺ	កាលបរិច្ឆេទ ⁹ ៖ ហត្ថលេខា និងឈ្មោះគ្រូពេទ្យព្យាបាល	កាលបរិច្ឆេទ ¹⁰ ៖ ហត្ថលេខា និងឈ្មោះរបស់បេឡាករ
---	---	--

¹ កាលបរិច្ឆេទ Print ចេញពីប្រព័ន្ធប្រព័ន្ធប្រចាំការសុខាភិបាល (PMRS)

² បំពេញលេខកូដតាមកញ្ចប់សេវាមូលនិធិសមធម៌ (មិនអាចស្កាន) រួមបញ្ចូលទាំងសេវាបុគ្គលិកដែលមាន និងចុះហត្ថលេខារបស់គ្រូពេទ្យព្យាបាល

³ កាលបរិច្ឆេទរបស់អ្នកជំងឺពេលចូលប្រើប្រាស់សេវា

⁴ បំពេញឈ្មោះសាល និងសេវាចំបងតែមួយគត់ដែលមូលដ្ឋានសុខាភិបាលបានផ្តល់នៅតាមសាលនីមួយៗនោះ (មួយសាល មួយសេវាចំបង)

⁵ កាលបរិច្ឆេទចូលប្រើប្រាស់សេវាតាមសាលនីមួយៗ

⁶ គូសយកកញ្ចប់សេវាមូលនិធិសមធម៌តែមួយ នៅលេខ (II) និងបំពេញថ្លៃសេវា (ករណីមានសេវាបុគ្គលិកត្រូវគូសយកសេវាបុគ្គលិកនោះផងដែរ)

⁷ វាយត្រា Paidរបស់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល

⁸ ស្នាមមេដៃរបស់អ្នកជំងឺពេលចាកចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល

⁹ គ្រូពេទ្យព្យាបាលដែលទទួលខុសត្រូវចុងក្រោយ

¹⁰ បេឡាករដែលចាត់តាំងដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាល