

ငွေပြန်လည်တောင်းခံခြင်းပုံစံ

ငွေပြန်လည်တောင်းခံခြင်းလုပ်ငန်းစဉ်ဆောင်ရွက်ရန်ဆရာဝန်ဆေးစာမူရင်း၊ ပြေစာများနှင့်ပြည့်စုံစွာဖော်ပြထားသောပုံစံတို့ကိုတင်ပြရမည်။
 ဆေးမှတ်တမ်းရာဇဝင်ကိုလုံခြုံတင်းကျပ်စွာလျှို့ဝှက်ထားပါမည်။ အချက်အလက်များမပြည့်စုံပါက ငွေပြန်လည်ပေးအပ်မည်မဟုတ်ပါ။ ကျေးဇူးတင်ပါသည်။

1 လူနာ၏အချက်အလက်များ

နောက်အမည် :	ကမ်အမှတ်. :
ရှေ့အမည် :	
လိပ်စာ :	
ဖုန်းနံပါတ် :	ဖက်(စ်) :
မွေးနေ့. / အသက် :	အီးမေးလ် :

2 ဘဏ်အချက်အလက်များ (မဖြည့်မနေရ)

စာရင်းပိုင်ရှင်အမည် :	
စာရင်းအမှတ် / IBAN :	
ဘဏ်အမည် :	
ဘဏ်လိပ်စာ :	
အသုံးပြုသောငွေကြေး :	SWIFT သင်္ကေတ :

3 ဆေးမှတ်တမ်းအချက်အလက်များ (ဆရာဝန်ဖြည့်စွက်ရန်)

လက်ရှိခံစားနေရသောလက္ခဏာများ :	
စတင်ခံစားရသောနေ့စွဲ :	
ယခုဖြစ်နေသော ရောဂါအမည် နှင့် ဖြစ်ရသည့်အကြောင်းရင်း :	
ယခုဖြစ်နေသောရောဂါအခြေအနေသည် မူလရရှိရင်းစွဲရောဂါအခံကြောင့်ထပ်ဆင့်ဖြစ်ပေါ်လာသောရောဂါ ဟုတ် /မဟုတ် (ဟုတ်လျှင် မူလရောဂါအမည်ဖော်ပြပါ) :	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်
စမ်းသပ် တွေ့ရှိချက်များအရ ယခုဖြစ်နေသောရောဂါသည် မည်သည့်အချိန်ကတည်းမှစတင်ဖြစ်နေခဲ့သည်ဟုထင်ပါသနည်း။ :	
လူနာသည် လက်ရှိ ရောဂါနှင့်ပတ်သက်ပြီး ယခင်ကဆေးကုသမှုခံယူခဲ့ဖူးပြီး အခြားဆေးရုံမှလွှဲပြောင်းလာခြင်း ဟုတ်/မဟုတ် (ဟုတ်လျှင် ဆေးရုံအမည်(သို့)ဆရာဝန်အမည်ဖော်ပြပါ) :	<input type="checkbox"/> ဟုတ် <input type="checkbox"/> မဟုတ်
ကုသမှု အကြံပြုချက်	

4 ဆရာဝန်ကြေညာချက်

ကျွန်ုပ်တို့သည် အထက်ပါလူနာအား အမှန်တကယ်စမ်းသပ်ကုသခဲ့ပြီး အထက်ပါအချက်အလက်များ သည်လူနာ၏ ကျန်းမာရေးနှင့်ပတ်သက်၍ ကျွန်ုပ်တို့၏ ထင်မြင်ယူဆချက်အမှန်ဖြစ်ကြောင်း တရားဝင်ကြေညာပါသည်။

လက်မှတ် : _____

နေ့စွဲ : _____

Stamp

5 လူနာကြေညာချက်

ကျွန်ုပ်တို့သည် ကျွန်ုပ်တို့အား ဆေးဝါးကုသမှုပေးသော ဆရာဝန်/ဆေးရုံနှင့် မည်သူမဆိုတို့မှ LUMA သို့ ကျွန်ုပ်တို့၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်များ ပံ့ပိုးပေးခြင်းကို ခွင့်ပြုပါသည်။ ပုံစံပါအချက်အလက်များ မှန်ကန်ကြောင်းနှင့် ထိန်းချုပ်ထားခြင်းမရှိကြောင်း တရားဝင်ကြေညာပါသည်။

လက်မှတ် : _____

နေ့စွဲ : _____