

А. ДААТГУУЛАГЧИЙН БӨГЛӨХ ХЭСЭГ

Үндсэн даатгуулагч эсэх: Тийм Үгүй

Гэр бүлийн гишүүн эсэх: Тийм Үгүй

Даатгуулагчийн овог нэр:

Хүйс: Эр Эм

Нас:

Регистрийн дугаар:

Байгууллагын нэр:

И-мэйл хаяг:

Утасны дугаар:

Та өмнө нь нөхөн төлбөр авч байсан уу? Тийм Үгүй

Авч байсан нөхөн төлбөрийн мөнгөн дүнг нь бичнэ үү:

Та өөрийн эрүүл мэндтэй холбоотой нөхцөл байдлын талаар дэлгэрэнгүй тайлбарлана уу.

Таны эмнэлэгт хандсан шалтгаан нь эрүүл мэндийн урьдчилсан сэргийлэх зорилготой эсэх? Тийм Үгүй
Үгүй бол доорх хэсгийг бөглөнө үү.

Танд ямар зовуур илэрсэн бэ?

Тухайн зовуур хэзээнээс илэрч эхэлсэн бэ?

Та хийлгэсэн шинжилгээ, эмчилгээ түүнтэй холбоотой гарсан зардлын талаар мэдээлэл өгнө үү.

Шинжилгээ, эмчилгээний жагсаалт:

Эмчилгээний зардлын мөнгөн дүн:

1.

2.

3.

4.

5.

Нийт нэхэмжилж буй дүн:

ДААТГУУЛАГЧИЙН МЭДЭГДЭЛ

Дээр бичсэн мэдээллүүдийг үнэн зөв, бүрэн болохыг үүгээр баталгаажуулж байна. Миний эрүүл мэндтэй холбоотой мэдээллийг эмчилгээ хийсэн эмч, эрүүл мэндийн байгууллагаас авч болох зөвшөөрлийг үүгээр олгож байна.

Гарын үсэг:

Огноо: Он:

Сар:

Өдөр:

Банкны нэр:

Дансны дугаар:

Данс эзэмшигчийн нэр:

НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН БҮРДҮҮЛЭХ МАТЕРИАЛУУД:

1. Нөхөн төлбөрийн өргөдлийн маягт (эмчлэгч эмчийн тэмдэглэлийг бүрэн гүйцэд бөглүүлж, тамгаар баталгаажуулсан байх);
2. Эмчилгээний зардлын и-баримт /дэлгэрэнгүй задаргаа/
3. Амбулаториор эмчлүүлэгчийн картын хуулбар, эмчийн тэмдэглэл
4. Шинжилгээ болон багажийн оношилгооны хариу, дүгнэлтийн хуулбар;
5. Эм, тарианы тамгатай жор;
6. Шаардлагатай бусад материал;

Та тухайн материалуудыг бүрдүүлэн Health@arddaatgal.mn хаягаар болон Ard аппликэйшнээр илгээнэ үү. Та бүрдүүлсэн материалуудыг мэйлээр илгээхдээ PDF хэлбэрт шилжүүлж илгээнэ үү.

Нөхөн төлбөр шийдвэрлэлтийг дарааллын дагуу хүлээн авч шийдвэрлэх бөгөөд та бүрдүүлсэн бичиг баримтаа бүрэн гүйцэд эсэхийг сайтар шалгана уу.

Б. ЭМЧЛЭГЧ ЭМЧИЙН БӨГЛӨХ ХЭСЭГ (ЭНЭХҮҮ ХЭСГИЙГ ТАНЫ ЭМЧЛЭГЧ ЭМЧ БӨГЛӨНӨ)

Эмнэлгийн нэр: Эмчлүүлэгчийн нэр:

Эмчийн нэр: Холбогдох утасны дугаар:

Тухайн өвчлөл нь архаг хууч өвчний сэдэрлэл, хүндрэл эсэх? Тийм Үгүй бол та тайлбарлаж өгнө үү.

Өвчний болон гэмтлийн асуумж /анамнез/, зовуурь, шинж тэмдэг:

Үзлэг, оношилгоо, шинжилгээний үр дүн:

Онош:

Оношийн олон улсын код /ICD10 code/:

Эмчийн зааврын дагуу хийгдсэн эмчилгээ:

Эмчийн зааврын дагуу жороор олгогдох эм тариа:

МЭДЭГДЭЛ

Дээрх мэдээллүүдийг үнэн зөв, бүрэн болохыг үүгээр баталгаажуулж байна.

Эмчлэгч эмчийн гарын үсэг, тамга:

Огноо: Он: Сар: Өдөр: