

ក្រដាសបំពេញសំណើ ដើម្បីត្រួតពិនិត្យ ថតចម្លង និង បញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពារ

លិខិតនេះរៀបរាប់អំពីរបៀបដែលអ្នកអាចស្នើសុំមើល ត្រួតពិនិត្យ ថតចម្លង និងបញ្ចេញព័ត៌មានសុខភាព ដែលយើងមានស្តីអំពីរូបអ្នក។ សូមអានវាឡើងវិញដោយប្រិតប្រៀង និងបំពេញទំព័រទាំងអស់។ រួចហើយក៏ផ្ញើវាត្រឡប់ទៅតាមអាសយដ្ឋាននៅផ្នែកខាងលើនៃក្រដាសបំពេញនេះ។

ផ្នែក A: ព័ត៌មានសមាជិក		
ឈ្មោះសមាជិក :		
អាសយដ្ឋានសមាជិក :		
ទីក្រុង :	រដ្ឋ :	ស៊ីបកូដ :
ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត :	លេខ ID សមាជិក :	ទូរស័ព្ទ :

ផ្នែក B: ប្រភេទនៃព័ត៌មាន	
<input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាការចាត់ចែងថែទាំ	ខែថ្ងៃឆ្នាំ
<input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាបណ្តឹងសំណង	ខែថ្ងៃឆ្នាំ
<input type="checkbox"/> ក្រដាសបំពេញការចុះឈ្មោះ	ខែថ្ងៃឆ្នាំ
<input type="checkbox"/> សំណើការអនុញ្ញាត នៃពេទ្យ	ខែថ្ងៃឆ្នាំ
<input type="checkbox"/> សេចក្តីជូនដំណឹងពីការសម្រេច	ខែថ្ងៃឆ្នាំ
<input type="checkbox"/> កំណត់ត្រាបណ្តឹងសំណង នៃឱសថស្ថាន	ខែថ្ងៃឆ្នាំ
<input type="checkbox"/> សំណើការអនុញ្ញាតជាមុន នៃឱសថស្ថាន	ខែថ្ងៃឆ្នាំ
<input type="checkbox"/> សេចក្តីថ្លែង នៃរដ្ឋសវនាការ	ខែថ្ងៃឆ្នាំ
<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់) :	ខែថ្ងៃឆ្នាំ
<input type="checkbox"/> សេចក្តីសង្ខេប នៃព័ត៌មាននៅខាងលើ	ខែថ្ងៃឆ្នាំ



ផ្នែក C: ទំរង់/ទ្រង់ទ្រាយ

- ក្រដាស
- សំណុំរឿងអេឡិចត្រូនិក
- ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់):

បើសិន L.A. Care មិនអាចផលិតព័ត៌មានឲ្យស្រេចបាន ជាទំរង់ ឬទ្រង់ទ្រាយដែលអ្នកបានស្នើទេ ព័ត៌មាននោះនឹងបានផ្តល់ឲ្យអ្នក ជាទំរង់សំណៅក្រដាសដែលអាចអានបាន ឬជាទំរង់/ទ្រង់ទ្រាយផ្សេងទៀត ដែលអ្នកយល់ព្រម។

ផ្នែក D: របៀបនៃការផ្គត់ផ្គង់

- ត្រួតពិនិត្យនៅការិយាល័យរបស់ L.A. Care
- មកយកនៅការិយាល័យរបស់ L.A. Care
- ផ្ញើទៅអាសយដ្ឋានរបស់សមាជិក មាននៅក្នុងសំណុំរឿង
- ផ្ញើទៅអាសយដ្ឋាន និង/ឬ មនុស្សផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់):

ឈ្មោះ:

អាសយដ្ឋាន :

ទីក្រុង/រដ្ឋ/ស៊ីបកូដ :

ផ្នែក E: គោលបំណង

ខ្ញុំយល់ថា L.A. Care អាចនឹងទារថ្លៃពីខ្ញុំ សំរាប់សំណៅនៃ ព័ត៌មានសុខភាពដែលបានការពាររបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថាអ្នកនឹងទូរស័ព្ទមកខ្ញុំ ដើម្បីប្រាប់ខ្ញុំអំពីដំឡើងនៃសំណៅទាំងនោះ។

បើសិនខ្ញុំបានស្នើសុំសេចក្តីសង្ខេប ខ្ញុំយល់ថាអ្នកអាចនឹងទារថ្លៃពីខ្ញុំ សំរាប់ការរៀបចំសេចក្តីសង្ខេប។ ដំឡើងអាចនឹងរួមមានពេលវេលាបានស្មាន និងដំឡើងសំរាប់ការរៀបចំសេចក្តីសង្ខេប។ បើសិនខ្ញុំបានសូមឲ្យធ្វើសេចក្តីសង្ខេប អ្នកក៏អាចនឹងទារថ្លៃសំរាប់ថ្លៃប្រៃសណីយ៍ដែរ។ ខ្ញុំយល់ថាអ្នកនឹងទូរស័ព្ទមកខ្ញុំ ដើម្បីប្រាប់ខ្ញុំអំពីដំឡើងនៃសេចក្តីសង្ខេប។

ផ្នែក F: ហត្ថលេខា

ខែថ្ងៃឆ្នាំនៅថ្ងៃនេះ:

ហត្ថលេខានៃសមាជិក ឬអ្នកតំណាងផ្ទាល់ខ្លួន :

បើសិនជាអ្នកតំណាង សូមប្រាប់អំពីទំនាក់ទំនង :

L.A. CARE USE ONLY

Date Received/Filled Out:

If Completed by L.A. Care Staff (staff may not complete form if records will be sent to another person):

Staff Member Name: _____

Staff Member Extension: _____

Date Information Released:

Staff Name: _____