

Vermont ကျန်းမာရေးဌာန၊ ဆေးကုသစောင့်ရှောက်မှုရေးရာ

သုံးသပ်ရေးဘုတ်အဖွဲ့

108 Cherry Street, PO Box 70

Burlington, VT 05402-0070

(802) 657-4220

**တိုင်ကြားချက် ပုံစံ**

**ကျေးဇူးပြု၍ ရှင်းလင်းစွာ တစ်လုံးချင်းရေးသားဖော်ပြပါ**

သင့်အချက်အလက်-

အမည် နောက်ဆုံးစာလုံး: \_\_\_\_\_ အမည် ပထမဆုံးစာလုံး: \_\_\_\_\_

လမ်းလိပ်စာ \_\_\_\_\_

မြို့၊ ပြည်နယ်၊ စာပို့ကုဒ် \_\_\_\_\_

အလုပ်ဖုန်း/နောက်ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်း: \_\_\_\_\_ လက်ကိုင်ဖုန်း/အိမ်ဖုန်း: \_\_\_\_\_

အီးမေးလ် \_\_\_\_\_

ဤအရာသည် အောက်ပါပုဂ္ဂိုလ်အပေါ် တိုင်ကြားချက်တစ်ခုဖြစ်သည်-

ဆရာဝန် (MD) \_\_\_\_\_

လက်ထောက်ဆရာဝန် (PA) \_\_\_\_\_

ခြေဖဝါးနာ အထူးကုဆရာဝန် (DPM) \_\_\_\_\_

ဆရာဝန်၊ လက်ထောက်ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ခြေဖဝါးနာ အထူးကုဆရာဝန်၏ အမည်အပြည့်အစုံ-

\_\_\_\_\_

ဆေးရုံ/ဆေးခန်းအမည် (သိရှိပါက) \_\_\_\_\_

လိပ်စာ \_\_\_\_\_

မြို့၊ ပြည်နယ်၊ စာပို့ကုဒ် \_\_\_\_\_

ဆရာဝန်၊ လက်ထောက်ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ခြေဖဝါးနာ အထူးကုဆရာဝန်၏ အလုပ်ဖုန်း: \_\_\_\_\_

**တိုင်ကြားချက် သဘောသဘာဝ-** ဤကျွမ်းကျင်ပညာရှင်အပေါ် သင်၏တိုင်ကြားချက် သဘောသဘာဝကို အသေးစိတ်ကျကျ ရှင်းလင်းဖော်ပြပေးပါ။

လိုအပ်ပါက ကျောဘက်ရှိ နေရာလွတ်နှင့် အပိုစာရွက်များကို အသုံးပြုပါ။

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ကျေးဇူးပြု၍ တစ်ဖက်သို့ လှန်ပြီး ဖြည့်စွက်ပါ**

သင့်တိုင်ကြားမှုကို ဤနေရာတွင် ဆက်လက်လုပ်ဆောင်ပါ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်း၊ ဆေးဆိုင်မှတ်တမ်း သို့မဟုတ် အာမခံ မှတ်တမ်းများကဲ့သို့ သင့်တိုင်ကြားချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့ ပြန်လည်သုံးသပ်ရာတွင် အထောက်အကူဖြစ်စေလိမ့်မည်ဟု သင်ထင်သည့် အချက်အလက်မှန်သမျှ၏ မိတ္တူများကို ပူးတွဲပေးပို့ပါ။

ကျွန်ုပ်တို့သည် ဤတိုင်ကြားချက်နှင့်ဆိုင်သည့် ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းများကို ပြန်လည်သုံးသပ်နိုင်ရန် လိုအပ်ပါသည်။ လူနာ သို့မဟုတ် လူနာ၏ တရားဝင်ခွင့်ပြုချက်ရရှိထားသော ကိုယ်စားလှယ်သည် ထုတ်ပြန်ချက် ပုံစံ (ပူးတွဲပါရှိသည်) ကို လက်မှတ်ရေးထိုးရပါမည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းများနှင့် တိုင်ကြားချက် ပုံစံဆိုင်ရာ ထုတ်ပြန်ချက်အတွက် သင်၏လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော ခွင့်ပြုချက်ကို လက်ခံရရှိသည့်အချိန်တွင် သင့်ထံသို့ အတည်ပြုစာ တစ်စောင် ပေးပို့ပါမည်။

ကျွန်ုပ်တို့သည် သင်၏ တိုင်ကြားချက် ပုံစံ၊ ၎င်းနှင့်ပူးတွဲပါရှိသည့် အချက်အလက်နှင့် ခွင့်ပြုချက်ပုံစံ၏ မိတ္တူကို ဤတိုင်ကြားချက်ဖြင့် အဓိကတိုင်တန်းခံရသည့် ကျွမ်းကျင်ပညာရှင်ထံ ပေးပို့နိုင်ဖွယ်ရှိပါမည်။ ဤစုံစမ်းစစ်ဆေးမှုအရ ကျွမ်းကျင်ပညာရှင်အပေါ် တရားဝင် စည်းကမ်းထိန်းသိမ်းရေးဆိုင်ရာ အရေးယူဆောင်ရွက်လျှင် တိုင်ကြားသူနှင့်ပတ်သက်သည့် အမည်နှင့် အခြားအချက်အလက်များကို အများသိအောင် ထုတ်ဖော်ကောင်း ထုတ်ဖော်နိုင်ပါသည်။ သင့်တွင် မေးမြန်းစရာ သို့မဟုတ် စိုးရိမ်ပူပန်စရာ တစ်ခုခုရှိပါက ကျေးဇူးပြု၍ ကျွန်ုပ်တို့ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

သင့်လက်မှတ် \_\_\_\_\_ ယနေ့ရက်စွဲ \_\_\_\_\_

ဤပုံစံကို စာတိုက်မှတစ်ဆင့် ပေးပို့ရန်လိပ်စာမှာ-

**VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH**  
**BOARD OF MEDICAL PRACTICE**  
**108 Cherry Street, PO Box 70**  
**Burlington, VT 05402-0070**