

А. ДААТГУУЛАГЧИЙН БӨГЛӨХ ХЭСЭГ

Даатгуулагч:	Үндсэн даатгуулагч эсэх: <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй
Даатгуулагчийн нэр:	Хүйс: <input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм
Регистрийн дугаар:	Даатгалын багц:
Имейл хаяг:	Утасны дугаар:
Та нөхөн төлбөр авч байсан түүхтэй бол хэмжээг нь бичнэ үү:	
Та өөрийн эрүүл мэндтэй холбоотой нөхцөл байдлын талаар дэлгэрэнгүй тайлбарлана уу. Таны эмнэлэгт хандсан шалтгаан нь эрүүл мэндийн урьдчилсан сэргийлэх үзлэгтэй холбоотой эсэх? Та тайлбарлаж өгнө үү <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй	

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

Шинжилгээ, эмчилгээний жагсаалт:	Эмчилгээний зардлын мөнгөн дүн:
1.	
2.	
3.	
4.	
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:
Банкны нэр:	Дансны дугаар:	Данс эзэмшигчийн нэр:

НӨХӨН ТӨЛБӨРИЙН БҮРДҮҮЛЭХ МАТЕРИАЛУУД:

1. Нөхөн төлбөрийн өргөдлийн маягт (эмчлэгч эмчийн тайланг 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 хаягруу илгээнэ үү. Та бүрдүүлсэн материалуудыг 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:
Өвчин болон гэмтлийн тодорхойлолт, зовуурь, шинж тэмдэг, бодит үзлэг: Тухайн өвчлөл нь архаг хууч өвчний сэдрэл, хүндрэл эсэх? <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй Та тайлбарлаж өгнө үү	
Үзлэг, оношилгооны үр дүн:	
Онош:	
Онош ОУ-ын шифр:	
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: