

PRE-ADMISSION FORM FOR LOG

ဆေးရုတ်ရောက်ရန် LOG (Letter of Guarantee) တောင်းခံလွှာ

ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါ အချက်အလက်များ/စာချွဲရောက်စာတမ်းများကို Ulink Assist Myanmar ထံသို့ တင်ပြပါ။

- (က) LOG ထုတ်ပေးနိုင်ရန်အတွက် အောက်ပါအချက်အလက်များ အားလုံးကို ဖြည့်စွာကိုပါ။
- (ခ) ပိုအပ်သော စာချွဲရောက်စာတမ်း အားလုံးကို တင်ပြပါ။
- (ဂ) ဆေးရုတ်ရောက်ရမည့် ရက်ပေါင်း (ခန့်မှန်း) နှင့် ဆေးရုတ်ကုန်ကျစရိတ် (ခန့်မှန်း)
- (ဃ) မတူကွဲပြားသော ဆေးရုတ်ရောက်မှု/နာမကျန်းမှု/ထိခိုက်ဒဏ်ရာ ရုံးများအတွက် သီးခြားတောင်းခံလွှာများကို အသုံးပြုတ်ပြုပေးပါ
- (င) အချက်အလက်/ဆေးမှတ်တမ်း စာချွဲရောက်စာတမ်းများ ဖြည့်စွား တင်ပြခြင်း မရှိပါက LOG ကို ပြင်းပယ်ခြင်း (သို့မဟုတ်) LOG ထုတ်ပေးရာတွင် နောင့်နောက် ကြန့်ကြာခြင်းများ ဖြစ်ပေါ်လေနိုင်ပါသည်။

Part (1) - အာမခံထားသူ (သို့မဟုတ်) အာမခံဝယ်ယူသူမှ ဖြည့်စွာရှုံးရန်

(က) လူနာ၏ အချက်အလက်များ

လူနာ၏ အမည်	[REDACTED]
ပေါ်လစီအမှတ်	G041
မှတ်ပုံတင်အမှတ်	11/ThaTaNa(N)082285
မွေးသည့်ရက် အပြည့်အစုံ	30/Apr/1994
ဆေးရုတ်ရောက်မည့်နေ့	[REDACTED]
ဆေးရုတ်အမည်	Pan Hlaing (TGI)
ဆရာဝန်၏ အမည်	Dr. Malut Seng Aung
အဓန်း အဖိုးအစား/ Ward အမျိုးအစား:	Outpatient

(ခ) ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်များ

အီးမေးလ်	myat.thandar.naing@daiichilife.com.mm
ဖုန်းနံပါတ်	09-402384699

လက်မှတ်		ဤတောင်ခံလွှာကို ဖြည့်စွက်သောနေ့	11/Nov/2025
အာမခံထားသူ၏ အမည်	[REDACTED]	လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ (ဖြည့်စွက်ရန် လိုအပ်ပါက)*	Self

၅၃ ၁၀၆ တောင်းခဲ့လွှာကို ဖြည့်စွက်သူ ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါအတိုင်း ဖွင့်ဟန်ကြည့်ပါသည်။

- (က) ကျွန်ုပ်သည် လူနာ (သိမဟုတ်) လူနာ၏ မီဘ (သိမဟုတ်) အပ်ထိန်းသူ ဖြစ်ပါသည် (အသက် ၁၈ နှစ်အောက် လူနာဖြစ်ခဲ့လျှင်)
(ခ) ဤ LOG တောင်းခံလွှာတွင် ပြည့်စွက်ထားသော အချက်အလက်များအားလုံးသည် ဖုန်ကန်ပြီး ကျွန်ုပ်သိရှိထားသော ဖြည့်စွက်ထားခြင်း ဖြစ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်ရေးဂိုလ်တာ အချက်အလက်များ ကျွန်ုပ်မာရေးအဖြေအနေများနှင့် သက်ဆိုင်သော (ထိုအချက်အလက်၊ အခြေအနေများတွင် ကျွန်ုပ်မာရေး ရာဇဝင်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ၊ စိတ်ကျွန်ုပ်မာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ မှုးယ်ဆေး/အရက် သုစ္စ္မွဲဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ AIDS အပါအဝင် လိုင်မှာတင် ကူးစက်တတ်သော ရောက်ဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ပါဝင်ပါမည်) လိုအပ်သူမျှ မှတ်တမ်းများ အေးစစ်ချက်အဖြေများ စာရွက်စာတမ်းများ ကျွန်ုပ်ငွေတောင်းခံလွှာများ အားလုံးကို Ulink Assist Myanmar ကုမ္ပဏီအပါအဝင် ငှါး၏မီတ်ဖက် ကုမ္ပဏီများ စီးပွားဖက်များ အဖွဲ့အစည်းများထံ လိုအပ်သလို ပေးအပ်ရန်အတွက် ကျွန်ုပ်ကို ကုသမည့် ဆရာဝန်(များ)၊ အေးချိန် အခြောင်းပေးသော ကျွန်ုပ်မာရေး ဝန်ဆောင်မှု ပေးအပ်သူများအား ခွင့်ပြုပါသည်။

(ဃ) ကျွန်ုပ်ထံမှ/ကျွန်ုပ် အခွင့်အာဏာပေးအပ်ထားသော ကိုယ်စားလှယ်များထံမှ/ကျွန်ုပ်ကို ကုသပေးသော ဆရာဝန်၊ အေးချိန် ကျွန်ုပ်မာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးသူများထံမှ ရရှိသော အထက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များ နှင့်/သိမဟုတ် အေးချိန် ကျွန်ုပ်မာရေးဆိုင်ရာ စောင့်ရောက်မှု/ဝန်ဆောင်မှုများပေးရန်၊ ကျွန်ုပ်မာရေးဆိုင်ရာ အကျိုးခံစားခွင့်များကို ပေးအပ်ရန်၊ ကျွန်ုပ်၏ ကျွန်ုပ်မာရေး သိမဟုတ် ကျွန်ုပ်မာရေးအာမခံ အကောအကွယ်နှင့် သက်ဆိုင်သည့် အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ ရိုင်းခွင့်များ အစရှိသည့် ကျိုးကြော်းညီညွတ်သော ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အသုံးပြုရန် Ulink Assist အကျိုးခံစားခွင့်များ ရရှိခွင့်များ အစရှိသည့် ကျွန်ုပ်မာရေးအတွက် အသုံးပြုရန် အခွင့်အာဏာပေးပါသည်။
Myanmar ကုမ္ပဏီအပါအဝင် ငှါး၏မီတ်ဖက် ကုမ္ပဏီများ၊ စီးပွားဖက်များ၊ အဖွဲ့အစည်းများတို့ အခွင့်အာဏာပေးပါသည်။

(င) ကျွန်ုပ်၏ အေးကုသမှုအတွက် အကျိုးဝင်၊ အတည်ပြုထားသော အေးကုသစရိတ်များကို သက်ဆိုင်ရာ အေးချိန်/အေးရုံနှင့် တိုက်ရှိကြပေးအော်သည့် နေရာတွင်သာ ဤတောင်းခံလွှာပါ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုမြှုပ်အကြော်း သိရှိနိုင်သည်ပါသည်။ အကျိုးခံစားခွင့်မှာကေတက် ပိုများနေသည့် အေးကုသစရိတ် နှင့် အကျိုးခံစားခွင့် မရရှိင်သော အေးကုသစရိတ်များအတွက် (ရှုခိုလျင်) ငွေတောင်းခံလွှာ ရရှိပြီးသည့် နောက်၏ ရုံးဖွံ့ဖြိုးရှင်၏ ဂုဏ်သွင်းသွေးဆုံး သက်ဆိုင်ရာ အေးချိန်/အေးရုံ သိမဟုတ် Ulink Assist Myanmar ထံ ပေးအောင်လည်ကို သော်တူပါသည်။ အမှန်တကယ် အကျိုးခံစားခွင့် ရရှိနိုင်မည့် ပမာဏသည် LOG တောင်းခံလွှာတွင် ဖော်ပြထားသည့် အချက်အလက်များ၊ အမှန်တကယ် ဖြစ်ပွားသည့် ရောက်၊ အကျိုးဝင်သည့် ပေါ်လစီအကျိုးခံစားခွင့် ပမာဏ၊ အကျိုးခံစားခွင့် မရရှိင်သည့် ကိစ္စရုပ်များ၊ ပေါ်လစီစည်းကမ်းသတ်မှတ်ချက် အခြေအနေများအပေါ် မှတ်ည်ပါသည်။

PART (2) - TO BE COMPLETED BY ATTENDING DOCTOR

Section A: Medical details

a) Diagnosis / Provisional Diagnosis - Paronychia of the right big toe

b) Is the condition and treatment related to the following:

- Pregnancy / Childbirth / Infertility / Miscarriage Or any complications arising therefrom
- Congenital / Hereditary disease
- Drugs / Alcohol abuse
- Mental / Psychiatric disorder
- Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction
- STD / AIDS/ HIV related
- None of the above

c) Details of clinical features

Date of first consultation

11/Nov/2025

Estimated date of onset of symptoms

1 month

Duration of symptoms

1 month

Description of signs and symptoms

Paronychia of the right big toe

d) Can the condition be managed under Outpatient basis?

YES NO

3/5

VERSION 2/JUN 2023

If YES, please provide reason for this hospitalisation
Hospitalisation is not required, the condition can be managed with a minor day procedure

- e) Any previous consultation / treatment / hospitalization for this symptom / illness or related conditions, or other disorders whether in this hospital or any other facilities prior to current admission?

YES NO

If YES, please send previous hospitalisation and medical reports.

- f) Name of surgery or procedure (if applicable)

Nail Avulsion.

- g) Estimated length of stay in hospital

1 day

- h) Estimated hospital cost

-

- i) If hospitalization was due to injury, please indicate date and time of injured event and describe circumstances and cause of injury

Date and time of accident:

12/11/15, 1PM

Circumstances and cause of injury

- j) Additional attachment if any (E.g., Relevant Medical Record, Referral Letter, Police report for accident, biopsy report)

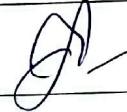
Paronychia of the rt big toe off & on x 1yr.

Section B: Declaration, Consent and Authorisation by attending doctor

By completing the form, I hereby declare that:

- (a) I have personally examined and treated the Insured (i.e. patient) in respect of the medical condition described above and that the information stated above represent my genuine and honest opinion of his/her condition and my recommended treatment; and
- (b) All information on this pre-admission form is true and correct based on the best of my knowledge.

- (c) I authorize (name of insurer) to release this medical information (these may include information regarding past medical history, psychological notes, drug or alcohol abuse notes, AIDS and other sexually transmitted disease related information) to Ulink Assist Myanmar, including its associate companies, partners and affiliates, as may be required.

Doctor's Name မြန်မာနိုင်ငြင်သွေးစွဲ	Myint Kyaw Myint မြန်မာနိုင်ငြင်သွေးစွဲ	Doctor's Signature 
Medical License No. (or) Stamp of Doctor M.B.B.S (Mdy), M.Med.Sc(Ortho) D.Med.Sc(Ortho), F.C.S(Ortho)	Date of declaration 12.11.2024	

အရှင်းကျော်ကုသာပါန်

Patient need to do NAIL AVULSION AT 6/8 DAY

ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့် ဆောင်ရွက်ပေးခြင်း

- Dai-ichi Life သည် customer များ စီတုချမ်းမြေကျန်းမှု ရရှိစေရေးအတွက် အကောင်းဆုံးသော ဝန်ဆောင်မှုများ ပေးအပ်နိုင်ရန် အစဉ်အဖြ ကြိုးစားလျက်ရှိပါသည်။ သူ့ဖြစ်ပါ၍ customer များ ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့် ဆောင်ရွက်ပေးခိုင်ရန်အတွက် ယုံကြည်စိတ်ချေအားကိုရသော Ulink Assist Myanmar နှင့် တရားဝင်ဗုံးပေါင်း ဆောင်ရွက်မည် ဖြစ်ပါကြောင်း အသိပေးအပ်ပါသည်။
- နှစ်စွဲများမှာ နှစ်စွဲများ ရှိပါက +95 9 774 777 733 သို့လည်း တိုက်ပိုက်ဆက်သွယ်မေးမြန်းနိုင်ပါသည်။



16-09, Office Tower 2, Times City, Hanthawaddy Road, Kamayut Township, 11041, Yangon.