

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

Part (1) - အာမခံထားသူ (သို့မဟုတ်) အာမခံဝယ်ယူသူမှ ဖြည့်စွာရန်

(က) လူနာ၏ အချက်အလက်များ

လူနာ၏ အမည်	Myat Thandar Naing
ပေါ်လစီအမှတ်	G041
မှတ်ပုံတင်အမှတ်	11/ThaTaNa(N)082285
မွေးသည့်ရက် အပြည့်အစုံ	30/Apr/1994
ဆေးရုတ်ရောက်မည့်နေ့	12/Nov/2025
ဆေးရုတ်အမည်	Pan Hlaing (TGI)
ဆရာဝန်၏ အမည်	Dr. Malut Seng Aung
အဓန်း အပျိုးအစား/ Ward အမျိုးအစား:	Outpatient

(ခ) ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက်များ

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

(က) အာမခံထားသူ (သိမ်္မဟုတ်) အာမခံဝယ်ယူသု၏ ဖွင့်ဟကြညာချက်၊ သဘောတူညီချက်နှင့် ခွင့်ပြုချက်

လက်မှတ်		ဤတောင်းခံလွှာကို ဖြည့်စွက်သောနေ့	11/Nov/2025
အာမခံထားသု၏ အမည်	Myat Thandar Naing	လူနာနှင့် တော်စပ်ပုံ (ဖြည့်စွက်ရန် လိုအပ်ပါက)	Self

ဤ LOG တောင်းခံလွှာကို ဖြည့်စွက်သူ ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါအတိုင်း ဖွင့်ဟကြညာပါသည်။

(က) ကျွန်ုပ်သည် လူနာ (သိမ်္မဟုတ်) လူနာ၏ မိဘ (သိမ်္မဟုတ်) အပ်ထိန်းသူ ဖြစ်ပါသည် (အသက် ၁၈ နှစ်အောက် လူနာဖြစ်ခဲ့သူ)

(ခ) ဤ LOG တောင်းခံလွှာတွင် ဖြည့်စွက်ထားသော အချက်အလက်များအားလုံးသည် မှန်ကန်ပြီး ကျွန်ုပ်သိရှိထားသူများ ဖြည့်စွက်ထားပြီး ဖြစ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များ၊ ကျွန်ုပ်မှာရေးအခြေအနေများနှင့် သက်ဆိုင်သော (ထိုအချက်အလက်၊ အခြေအနေများတွင် ကျွန်ုပ်မှာရေး ရှာစေငွေဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ၊ စိတ်ကျွန်ုပ်မှာရေးဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ၊ မှုးယား/အရာက် သုံးစွဲမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ၊ AIDS အပါအဝင် လိုင်မှတ်ဆင့် ကူးစက်တာတိသော ရောဂါဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ၊ ပါဝင်ပါမည်) လိုအပ်သူများ၊ မှတ်တမ်းများ၊ အေးစစ်ချက်အပြောများ၊ စာရွက်စာတမ်းများ၊ ကျွန်ုပ်ငွေတောင်းခံလွှာများ၊ အားလုံးကို Ulink Assist Myanmar ကုမ္ပဏီအပါအဝင် ငှါး၏မီတ်ဖက် ကုမ္ပဏီများ၊ ကျွန်ုပ်အားလုံးကို အားလုံးကို အားလုံးအတွက် ကျွန်ုပ်ကို ကုသမည့် ဆရာဝန်(များ)၊ အေးရုံ၊ ဆေးခန်းများနှင့် အခြားသော ကျွန်ုပ်မှာရေး ဝန်ဆောင်မှု ပေးအပ်သူများအား ခွင့်ပြုပါသည်။

(ဃ) ကျွန်ုပ်ထဲမှ/ကျွန်ုပ် အစွမ်းအာဏာပေးအပ်ထားသော ကိုယ်စားလှယ်များထဲမှ/ကျွန်ုပ်ကို ကုသပေးသော ဆရာဝန်၊ အေးရုံ၊ ဆေးခန်း၊ ကျွန်ုပ်မှာရေးဝန်ဆောင်မှုပေးသူများထဲမှ ရရှိသော အထက်ဖော်ပြီး အချက်အလက်များ၊ နှင့်/သိမ်္မဟုတ် အေးစစ်ချက်အပြောများကို ကျွန်ုပ်မှာရေးဆိုင်ရာ စောင့်ရောက်မှု/ဝန်ဆောင်မှုများပေးရန်၊ ကျွန်ုပ်မှာရေးဆိုင်ရာ အကျိုးခံစားခွင့်များကို ပေးအပ်ရန်၊ ကျွန်ုပ်၏ ကျွန်ုပ်မှာရေး သိမ်္မဟုတ် ကျွန်ုပ်မှာရေးအာမခံ အကောအကွယ်နှင့် သက်ဆိုင်သည် အကျိုးခံစားခွင့်များ၊ ရိုင်ခွင့်များ၊ အစရှိသည့် ကျိုးကြောင်းညီညွတ်သော ရည်ရွယ်ချက်များအတွက် အသုံးပြုရန် Ulink Assist Myanmar ကုမ္ပဏီအပါအဝင် ငှါး၏မီတ်ဖက် ကုမ္ပဏီများ၊ စီးပွားဖက်များ၊ အုံအစည်းများ၊ အုံအစည်းများကို အစွမ်းအာဏာပေးပါသည်။

(င) ကျွန်ုပ်၏ အေးကုသမှုအတွက် အကျိုးဝင်၊ အတည်ပြုထားသော အေးကုသစရိတ်များကို သက်ဆိုင်ရာ အေးခန်း/အေးရုံနှင့် တိုက်ရှိက်ပေးချေသည် နေရာတွင်သာ ဤLOG တောင်းခံလွှာပါ အချက်အလက်များကို အသုံးပြုပည့်အကြောင်း သိရှိရှိသူများအတွက် ပိုများနေသည် အေးကုသစရိတ် နှင့် အကျိုးခံစားခွင့် ပရှိနိုင်သော အေးကုသစရိတ်များအတွက် (ရရှိလျှင်) ငွေတောင်းခံလွှာ ရရှိပြီးသည့် နေ့မှစ၍ ရုံးစွဲရှိရင် ၇ ရက်အတွင်း သက်ဆိုင်ရာ အေးကုသစရိတ်များအတွက် (ရရှိလျှင်) ပေးချေရမည်၍ သဘောတူပါသည်။ အမှန်တကယ် အကျိုးခံစားခွင့် ရရှိနိုင်မည့် မဟာဏသည် LOG တောင်းခံလွှာတွင် ဖော်ပြုထားသည့် အချက်အလက်များ၊ အမှန်တကယ် ဖြစ်ပွားသည့် ရောဂါရိများ၊ ပေါ်လစိစည်းကာင်းသတ်မှတ်ချက် အကျိုးဝင်သည် ပေါ်လစိအကျိုးခံစားခွင့် မဟာဏ၊ အကျိုးခံစားခွင့် မရရှိနိုင်သည့် ကိုစွဲရှိများ၊ ပေါ်လစိစည်းကာင်းသတ်မှတ်ချက် အခြေအနေများအပေါ် မူတည်ပါသည်။

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)

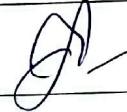
Paronychia of the rt big toe off & on x 1yr.

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 မြန်မာနိုင်ရှင်	Doctor's Signature 
Medical License No.: S (Mdy), M.Med.Sc (Ortho) (or) Stamp of Doctor: M. Kyaw Myint, FICS (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 အစဉ်အမြဲ ကြိုးစားလျက်ရှိပါသည်။ သူ့ဖြစ်ပါ၍ customer များ ကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့် ဆောင်ရွက်ပေးခိုင်ရန်အတွက် ယုံကြည်စိတ်ချေအားကိုရသော Ulink Assist Myanmar နှင့် တရားဝင်ဗုံးပေါင်း ဆောင်ရွက်မည် ဖြစ်ပါကြောင်း အသိပေးအပ်ပါသည်။
- နှစ်စီးမေးမြန်းလိုသည်များ ရှိပါက +95 9 774 777 733 သို့လည်း တိုက်ရှိကဲခဲ့သွယ်မေးမြန်းနိုင်ပါသည်။



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