

ទម្រង់បែបបទសុំការបញ្ជាក់អ្នកជំងឺនៃទំនាក់ទំនងសុខភាពផ្ទាល់មាត់

Oral Health Connections Patient Attestation Form

កាលបរិច្ឆេទ	ID អតិថិជន	លេខ NPI អ្នកផ្តល់សេវា
នាមខ្លួន	អក្សរកាត់កណ្តាល	ត្រកូល
អាសយដ្ឋាន		
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ប្រឹក្សាភិបាល
លេខទូរស័ព្ទ	អ៊ីម៉ែល	
អតិថិជនត្រូវតែបំពេញ និងចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ មុនពេល Health Care Authority (HCA) នឹងបង់ថ្លៃសេវាកម្មនានា។		

ខ្ញុំ _____ បញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានធ្វើអាគរិនិច្ឆ័យវេជ្ជសាស្ត្រ ហើយបច្ចុប្បន្នស្ថិតក្រោមការព្យាបាលសម្រាប់

(គ្រួសារណាមួយដែលត្រូវ) ៖

<input type="checkbox"/> មានផ្ទៃពោះ កាលបរិច្ឆេទធ្វើអាគរិនិច្ឆ័យ _____	<input type="checkbox"/> ជំងឺទឹកនោមផ្អែម កាលបរិច្ឆេទធ្វើអាគរិនិច្ឆ័យ _____
---	--

ខ្ញុំកំពុងត្រូវបានព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬ/ មានផ្ទៃពោះតាម ៖

1	ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ	ឈ្មោះគ្លីនិកវេជ្ជសាស្ត្រ	លេខទូរស័ព្ទគ្លីនិក
2	ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ	ឈ្មោះគ្លីនិកវេជ្ជសាស្ត្រ	លេខទូរស័ព្ទគ្លីនិក
3	ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ	ឈ្មោះគ្លីនិកវេជ្ជសាស្ត្រ	លេខទូរស័ព្ទគ្លីនិក
4	ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ	ឈ្មោះគ្លីនិកវេជ្ជសាស្ត្រ	លេខទូរស័ព្ទគ្លីនិក

សូមប្រើផ្នែកខាងខ្នងទម្រង់បែបបទសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវា និងគ្លីនិកបន្ថែម។

ឈ្មោះអក្សរពុម្ពអតិថិជន	ហត្ថលេខាអតិថិជន	កាលបរិច្ឆេទ
------------------------	-----------------	-------------

ឈ្មោះអក្សរពុម្ពអ្នកផ្តល់សេវា	ហត្ថលេខាអ្នកផ្តល់សេវា	កាលបរិច្ឆេទ
------------------------------	-----------------------	-------------

ទម្រង់បែបបទនេះត្រូវតែបានបំពេញ ហើយរាល់ហត្ថលេខាទាំងអស់មានវត្តមាននៅកាលបរិច្ឆេទប្រគល់។ នេះគឺជាកាលបរិច្ឆេទដែលអាជ្ញាធរថែទាំសុខភាព (HCA) នឹងរំពឹងថាឃើញវិក្កយបត្ររបស់អ្នក។ ច្បាប់ចម្លងមួយត្រូវតែបានរក្សាក្នុងឯកសារអតិថិជនរបស់អ្នក និងត្រូវបានផ្តល់ទៅ HCA តាមការស្នើសុំ ដើម្បីកំណត់ថាតើតម្រូវការទាំងអស់របស់ WAC 182-535-1270 ត្រូវបានបំពេញចិត្តដែរទេ។