

တာဝန်ရှိဆရာဝန်၏ထွက်ဆိုချက်
Attending Physician's Statement

အသက်သေဆုံးခြင်းအတွက် အာမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုမှု / **Death Claim**

လျော်ကြေးတောင်းဆိုမည့်ပေါ်လစီ(များ) / Policy Details to be Claimed	
ပေါ်လစီနံပါတ် / Policy Number(s):	
အသက်အာမခံထားရှိသူ(သေဆုံးသူ)အမည် / Name of Life Insured (Deceased)	

A. အထွေထွေအချက်အလက် / General Information

1. သင်သည်လူနာအားပုံမှန် ကုသပေးနေသည့် ဆရာဝန်ဟုတ်ပါသလား? / ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No
Are you the deceased's usual medical doctor?

ဟုတ်ခဲ့လျှင် ကုသခဲ့သည့်ကာလကိုဖော်ပြပါ။ / If yes, over what period do your records extend to?

စတင်ပြသခဲ့သည့်နေ့ / Start Date/...../.....
(dd/mm/yy) နောက်ဆုံးပြသခဲ့သည့်နေ့ / End Date/...../.....
(dd/mm/yy)

2. ဤရောဂါအခြေအနေကိုမည်သည့်နေ့တွင်ပထမဆုံးလာရောက်ဆွေးနွေးခဲ့ပါသလဲ? /
When did the deceased first consult you for this condition?/...../.....
(dd/mm/yy)

3. ရောဂါလက္ခဏာစတင်ပြသည့်နေ့နှင့် ရောဂါလက္ခဏာတို့ကိုဖော်ပြပါ။ /
Please state symptoms presented and date symptoms first appeared.

ရောဂါလက္ခဏာ/Symptoms Presented at First Consultation	နေ့စွဲ/Date Symptoms First Started (DD/MM/YYYY)

ဤအချက်အလက်များကို မည်သူ သို့မဟုတ် မည်သည့်နေရာမှ ရရှိခဲ့ပါသလဲ? /What/who is the source of this information?

--

4. သင့်ထင်မြင်ချက်အရ လူနာ၏ရောဂါလက္ခဏာများမှာ မည်မျှကြာနေပါပြီလဲ? အကြောင်းအရင်းကို ဖော်ပြပါ။ /
In your opinion, what were the likely durations of the deceased's symptoms? Please provide reasons.

5. လူနာသည် ဤရောဂါလက္ခဏာများနှင့်ပတ်သတ်၍ သင်နှင့် မပြသမီ အခြားဆရာဝန်များဖြင့် ပြသခဲ့ခြင်းရှိပါသလား? ရှိ/Yes မရှိ/No
ရှိခဲ့လျှင် ဖော်ပြပါ။ /
Did the deceased consult any other doctors for these symptoms before he/she consulted you?

ဆရာဝန်အမည် / Name of Doctor	ဆေးရုံ/ဆေးခန်းအမည်နှင့် လိပ်စာ / Name of clinic/ Hospital and address

B. သေဆုံးမှုအသေးစိတ် / Details of Death

1. A) ရောဂါအမည်နှင့် ရောဂါအကြောင်းကိုအသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /
What was the diagnosis? Please describe the full details of the diagnosis.

B) ရောဂါအမည်သည့်တပ်သည့်နေ့ / Date of diagnosis/...../.....
(dd/mm/yy)

C) စတင်ကုသခဲ့သည့်နေ့နှင့် ကုသခဲ့သည့် ကုထုံးအကြောင်းကို ဖော်ပြပါ။ / Please provide treatment rendered and date of treatment rendered.

D) သေဆုံးသူသို့ အသိပေးခဲ့သော ရောဂါအချက်အလက်အတိအကျကို ဖော်ပြပါ။ / What was the exact information conveyed to the deceased?

E) ရောဂါစတင်သိရှိသည့်အချိန်နှင့် သေဆုံးချိန်မှာ မည်မျှကြာပါသလဲ? / What was the duration between the onset of the condition/illness and death?

F) ရောဂါအမည်စတင်သိရှိချိန်မှစ၍ သေဆုံးသူခံစားခဲ့ရသော အခြားထူးခြားသည့် ရောဂါလက္ခဏာများကို အသေးစိတ်ဖော်ပြပေးပါ။
သေဆုံးရခြင်းအကြောင်းအရင်းမှာ ထိုလက္ခဏာများထဲမှ တစ်ခုခုကြောင့်ဖြစ်ပါသလား? /
Please provide details of any other significant illnesses that the deceased suffered from and the date of diagnosis? Was the cause of death due to any of the other significant illnesses listed?

G) သေဆုံးခြင်းသည် အရက်အလွန်အကျွံသောက်ခြင်း သို့မဟုတ် တားမြစ်ဆေးသုံးစွဲခြင်း သို့မဟုတ် မိသားစုတွင် ဤရောဂါမျိုးရှိပါသလား? သို့မဟုတ် အလုပ်အကိုင်ကြောင့် သို့မဟုတ် ရောဂါအခံရှိပါသလား။
အထက်ပါအကြောင်းအရာများကြောင့်ဖြစ်ခဲ့လျှင် နေ့ရက်၊ သိရှိခဲ့သည့်နေရာတို့နှင့်တကွ ပြည့်စုံစွာဖော်ပြပါ။ /

Was there any predisposing cause of the deceased's death in his/her habits (use of alcohol, narcotics, etc), famiy history, occupation or previous sickness?

ရှိ/Yes မရှိ/No

If "YES, please give full details including the date of commencement and source of information.

H) သေဆုံးခြင်းသည် မတော်တဆမှုကြောင့်ဖြစ်ခဲ့လျှင် / **If cause of death by accident**

လူနာသည် မတော်တဆဖြစ်ချိန်တွင် အရက်သောက်သုံးထားခြင်းရှိပါသလား? /

Was the patient under the influence of alcohol?

ရှိ/Yes

မရှိ/No

ရှိလျှင် သွေးတွင်း အရက်(Alcohol)ပါဝင်မှု ဘယ်လောက်ရှိပါသလဲ? / If yes, What was the blood alcohol content?

ဆေးစစ်ချက်အဖြေ / Blood test result:

.....

.....

.....

C. ထပ်ဆောင်းအချက်အလက်များ / ADDITIONAL INFORMATION

1. အမခံလျော်ကြေးတောင်းဆိုမှုနှင့်ပတ်သတ်၍ ကုမ္ပဏီမှစစ်ဆေးရာတွင် အထောက်အကူဖြစ်စေမည့် အခြားလိုအပ်သောအချက်အလက်များရှိလျှင် ဖော်ပြပါ။ / Please provide us with any other additional information that will enable the Company to assess this claim.

ဤပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပြီးလျှင် သင့်တွင် အောက်ပါ စာရွက်စာတမ်းများရှိပါက ပူးတွဲထည့်ပေးပါ။ /

After you have fully completed this form, if you have the following materials, please attach copies:

လက်ရှိ သို့မဟုတ် လွန်ခဲ့သော ၂ နှစ်အတွင်းရှိ ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းများ /

Medical Records for the period of treatment or the last two years

ဆေးရုံတက်ခဲ့သောမှတ်တမ်း

Hospital discharge summaries

ရောဂါလက္ခဏာ/အမည်ကိုသိစေနိုင်သော ဆေးစစ်ချက်မှတ်တမ်းများ /

Test result showing objective findings

ကုသပေးသောဆရာဝန်၏ မှတ်တမ်း /

Consulting physician reports

ကျွန်ုပ်သည် ဤပုံစံပါ အဖြေများကို ကျွန်ုပ်သိသမျှယုံကြည်မှု နှင့် အကောင်းဆုံးပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားသည့်ဟု ကြေညာပါသည်။ /

I hereby declare that all the answers are each and all true to the best of my knowledge and belief.

လက်မှတ်နှင့် နေ့စွဲ / Signature & Date:

တာဝန်ရှိဆရာဝန်အမည် / Name of Attending physician:

ဘွဲ့နှင့်အထူးပြု / Degree and Specialty:

ဖုန်းနံပါတ် / Phone Number:

လိပ်စာ / Address:

ဆေးရုံ/ဆေးခန်းတံဆိပ်တုံး / **Clinic/Hospital Stamp**