

Энэхүү Урьдчилан магадалгааны хуудсыг та хэвтэн эмчлүүлэх бүх тохиолдолд заавал бөглүүлэн эмчилгээ авахаас багадаа 48 цагийн өмнө доорх хэлбэрүүдийн аль нэгийг сонгон бидэнд хүргүүлнэ үү.
 - Мандал Даатгалын эрүүл мэндийн даатгалын албанд jargalanhealth@mandal.mn хаягаар илгээх,
 - Мандал Даатгалын үйлчилгээний зааланд хүргүүлэх.
 This form has to be completed at least 48 hours before hospitalization and provided to Health insurance unit of the Insurer.
 Email: jargalanhealth@mandal.mn

ДААТГУУЛАГЧ БӨГЛӨХ ХЭСЭГ / TO BE FILLED BY INSURED (Дармал үсгээр бичнэ үү / To be filled in block letters)

A. ДААТГУУЛАГЧИЙН МЭДЭЭЛЭЛ (PATIENT INFORMATION)

1. Даатгалын дугаар / Policy number	<input type="text"/>
2. Даатгуулагчийн байгууллагын нэр:	<input type="text"/>
3. Даатгуулагчийн овог, нэр / Patient name	<input type="text"/>
4. Төрсөн огноо / DOB	<input type="text"/> он/сар/өдөр
5. Регистрийн дугаар / State registration №	<input type="text"/>
6. Утасны дугаар / Tel number	<input type="text"/>
7. И-мэйл / E-mail	<input type="text"/>

B. ЭРҮҮЛ МЭНДТЭЙ ХОЛБООТОЙ МЭДЭЭЛЛИЙГ АШИГЛУУЛАХ ЗӨВШӨӨРӨЛ / RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

Эмнэлэг/эрүүл мэндийн байгууллагын анхааралд: Эдгээр байгууллага, хүмүүс нь надтай холбоотой эрүүл мэндийн эмчилгээ, үйлчилгээ, зөвлөгөө, эмнэлгийн тодорхойлолтын мэдээллийг Мандал Даатгал ХК-д гаргаж өгөхийг зөвшөөрч байна.

I, hereby authorize my treating physician, hospital, medical practitioner, clinic or other medical facility, insurer, employer who has knowledge of or has any information about my health and other related medical conditions to provide Mandal Insurance company limited and its representative, all information, data or records that are in their possession/ knowledge regarding my medical history and treatment.

Гарын үсэг / Signature of patient _____ Огноо/Date он/сар/өдөр

ЭМНЭЛЭГ / ЭМЧ БӨГЛӨХ ХЭСЭГ / TO BE FILLED BY TREATING PHYSICIAN/HOSPITAL
B. ЭМНЭЛГИЙН МЭДЭЭЛЭЛ / HOSPITAL INFORMATION

1. Эмнэлгийн нэр / Name of Hospital	<input type="text"/>
2. Эмчлэгч эмч / Name of treating physician	<input type="text"/>
3. Эмчийн утасны дугаар / Telephone number	<input type="text"/>
4. Эмчилгээ хийлгэх тасаг, нэгжийн нэр / Name of hospital ward	<input type="text"/>

Г. ЭМЧИЛГЭЭНИЙ МЭДЭЭЛЭЛ / MEDICAL INFORMATION

1. Одоо илэрч буй зовиур / Disease with presenting complaints:

2. Эдгээр зовиур хэзээнээс эхэлсэн болох / Date of first consultation:

3. Эдгээр зовиур ямар хугацаанд үргэлжилж байна вэ / Duration of present ailment:

4. Урьдчилсан онош /ICD 10 code/ Provisional diagnosis:

5. Төлөвлөгдөж буй эмчилгээ, үйлчилгээний төрөл / Proposed line of treatment:

5.1. Хэвтэн эмчлүүлэх / Medical management / Хийгдэх эмчилгээний нэр:

5.2. Мэс засал / Surgery /мэс заслын нэр:

5.3. Яаралтай тусламж / Intensive care:

5.4. Онош тодруулах / Investigation:

6. Хэрэв осол гэмтэл бол / In case of Accident/

8.1. Зам тээврийн осол уу? /RTA/	<input type="checkbox"/> Тийм/Yes/ <input type="checkbox"/> Үгүй /No/
8.3. Гэмтэл болсон огноо / Date of injury	<input type="text"/> он/сар/өдөр
8.2. Цагдаад мэдэгдсэн үү? /Reported to police/	<input type="checkbox"/> Тийм/Yes/ <input type="checkbox"/> Үгүй /No/

