



**បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងគ្រោះថ្នាក់បុគ្គល និងសេវាសង្គ្រោះអន្តរជាតិ
PERSONAL ACCIDENT AND INTERNATIONAL EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE INSURANCE**

**ពាក្យស្នើសុំទាមទារសំណងលើធ្មេញ | DENTAL CLAIM FORM
ត្រូវបំពេញទាំងស្រុងដោយទន្តបណ្ឌិត To be wholly completed by the dentist**

| | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| ឈ្មោះអ្នកជំងឺ Patient's Name | កាលបរិច្ឆេទព្យាបាល Treatment Date |
| អាសយដ្ឋាន Address | |
| រោគវិនិច្ឆ័យ Diagnosis | |

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. សូមបំពេញតារាងធ្មេញសម្រាប់សេវាកម្មធ្មេញដូចខាងក្រោម។ Please complete the tooth chart for dental services. |
| 2. ក្នុងករណីមានគ្រោះថ្នាក់ ឬរបួស៖ In case of an accident or injury: |
| a) តើធ្មេញទាំងនេះជាធ្មេញល្អពីធម្មជាតិនិងមិនមានរាក់ស៊ី/មិនពុកខូច ឬក៏ជាធ្មេញស្តារ/ធ្មេញដាក់ពីមុន? Were the teeth natural and free from decay/defects, or prior restoration/appliances? <input type="checkbox"/> ធ្មេញល្អពីធម្មជាតិ Sound natural teeth <input type="checkbox"/> ធ្មេញស្តារ/ធ្មេញដាក់ពីមុន Prior restoration/appliances <input type="checkbox"/> មិនដឹង (សូមពន្យល់) Unknown (please explain): |
| b) តើគ្រោះថ្នាក់នេះមានទាក់ទងនឹងការងាររបស់អ្នកជំងឺដែរឬទេ? Was the accident in any way connected with the patient's employment or job duties? <input type="checkbox"/> មិនទាក់ទងទេ No <input type="checkbox"/> ទាក់ទង (សូមពន្យល់) Yes (please explain): |

| តារាងធ្មេញ Tooth Chart | បញ្ជីសេវាកម្ម Itemization of Services | | | | |
|------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|---------------------|--------------|
| | លេខធ្មេញ Tooth No. | ផ្ទៃក្រៅធ្មេញ Surface | ការពណ៌នាអំពីសេវាកម្ម Service Description | ថ្ងៃខែឆ្នាំ Date | តម្លៃ Fee |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ការណែនាំ Directions

- សូមគូសចំណាំការបំពេញដោយស្រមោលក្នុងកន្លែងសមស្រប
Mark fillings by shading in the appropriate space
- សូមគូសចំណាំការដកធ្មេញដោយអក្សរ "X"
Mark extractions with "X"
- សូមគូសចំណាំការស្រោបធ្មេញដោយអក្សរ "C"
Mark crowns with a "C"
- សូមគូសចំណាំការដំឡើងធ្មេញដោយអក្សរ "B"
Mark bridges with a "B"



- ថ្ងៃខែឆ្នាំ Date
- ឈ្មោះទន្តបណ្ឌិត Dentist's Name
- លេខទូរស័ព្ទ Dentist's Phone No.
- អាសយដ្ឋាន Address:
- ហត្ថលេខា និងត្រា Signature and Stamp: