|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN**TÊN CƠ SỞ KCB-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc---------------** | MS…Số hồ sơ/Số BA …...…………………….. |
| Số:      /…. |  |  |

**GIẤY CHỨNG NHẬN THƯƠNG TÍCH**

**Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**………………………………… Chứng nhận:

- Ông, Bà:.................................................... Sinh ngày…..tháng…..năm……. Nam/Nữ: …

- Nghề nghiệp: …………………… Nơi làm việc.............................................

- Số CCCD/CMND/Định danh công dân/Hộ chiếu:…….. Ngày cấp:….Nơi cấp:...............

- Địa chỉ:............................................................................................................................

- Vào viện lúc: …...giờ…...phút, ngày..…tháng…...năm……

- Ra viện lúc: …...giờ…...phút, ngày..…tháng…...năm……

**- Lí do vào viện:**................................................................................................................

.........................................................................................................................................

**- Chẩn đoán:**....................................................................................................................

**- Phương pháp Điều trị:**...............................................................................................

.........................................................................................................................................

**- Tình trạng thương tích/tổn thương lúc vào viện:**..........................................................

.........................................................................................................................................

**- Tình trạng thương tích/tổn thương lúc ra viện:**..................................................................

.........................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| *Ngày….tháng…..năm …..***Đại diện đơn vị***(ký , ghi rõ họ tên. đóng dấu)*……………….. | **Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh***(Ký và ghi rõ họ tên)*……………….. |