|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN **TÊN CƠ SỞ KCB -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc 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)* ……………….. |