|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN (BYT/SYT…) **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 XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ**

**Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh…………………………….xác nhận:**

- Họ tên người bệnh: ...........................................................................................................

- Ngày/tháng/năm sinh: ………/…….…/………………(Tuổi……..); Nam/nữ:……….……

- Dân tộc: ……………………………….Nghề nghiệp: ..........................................

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

- Mã số BHXH/Thẻ BHYT (nếu có) số ......................................................................

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

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

- Hiện đang điều trị nội trú tại ………………………………………………….hoặc đã ra viện lúc:…….…….giờ…….……phút, ngày………tháng…….…năm............................

- Mô tả tình trạng bệnh, tật của người bệnh đã hoặc đang điều trị nội trú: ………………

- Chẩn đoán................................................................. ......................................................

- Phương pháp điều trị:................................................... ..................................................

- Ghi chú (nếu có) ...................................................................................................

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