|  |  |
| --- | --- |
|  | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  Độc lập – Tự do – Hạnh phúc  ----------------------------------- |

GIẤY CAM KẾT ĐIỀU TRỊ VÀ SỬ DỤNG DỊCH VỤ NỘI TRÚ

Tên tôi là………………………………………............…Tuổi…………..Giới: Nam/ Nữ………  
Địa chỉ…………………………………………………….………………………………………  
Số CMTND ............................................................. Ngày cấp: … / … / … Nơi cấp: ...................  
Là người bệnh/ Đại diện gia đình người bệnh họ tên là:…………………………………….....…  
Hiện đang được điều trị tại Khoa…………………………………………...……………………..  
Sau khi nghe bác sĩ **:**………………………………………(sau đây gọi là Bệnh viện) đã giải thích kỹ về tình trạng sức khỏe, bệnh tật, tổn thương của tôi như sau**:** *(ghi tay kết luận chẩn đoán của bác sĩ)*............………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………  
và các phương pháp điều trị (bao gồm cả phẫu thuật, thuốc và/hoặc các thủ thuật chẩn đoán, điều trị, gây mê, gây tê….) mà Bệnh viện dự kiến áp dụng cho tôi là**:** *(ghi tay các chỉ định của bác sĩ)*……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

**- Tôi đã được giải thích về bản chất, lợi ích, chi phí của việc điều trị, những nguy cơ, đặc biệt là các biến chứng, rủi ro sớm hoặc muộn có thể xảy ra do bệnh tật, hoặc do các phương pháp trên: Dị ứng thuốc, tác dụng phụ của thuốc; thất bại trong điều trị, diễn biến nặng lên các bệnh lý của mẹ, mất tim thai do bệnh lý của thai, dây rau, …**

**- Tôi đã được giải thích và hiểu rằng: Bệnh viện sẽ đem hết khả năng và trách nhiệm trong khuôn khổ các quy định chuyên môn để điều trị cho tôi.**

- **Tôi đã được giải thích và hiểu rằng Bệnh viện được phép cung cấp thêm các dịch vụ cho tôi nếu xét thấy hợp lý và cần thiết. Tôi có trách nhiệm thanh toán các chi phí phát sinh này.**

Tôi xác nhận đã hiểu rõ sự giải thích, và tự nguyện viết giấy cam đoan này làm bằng chứng là (*ghi rõ đồng ý hay không đồng ý*) ………………………………được điều trị/ chẩn đoán theo các phương pháp nêu trên, đồng thời chấp nhận các chi phí liên quan và không có bất kỳ khiếu nại gì với Bệnh viện về việc này.

Tôi (***sử dụng*** hay ***không sử dụng***) ……………………………… dịch vụ gói thai sản trong đợt điều trị này.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Hà Nội, ngày ….. tháng….. năm 2024 |
| **Đại diện khoa/ phòng**  *(Ký, ghi rõ họ tên)* | **Bệnh nhân/ Người nhà bệnh nhân**  *(Ký, ghi rõ họ tên)* |