**Nộp lại biểu mẫu khảo sát hệ thống**

**Họ và tên: Phan Văn Vượng**

MB01: Phiếu đăng kí khám bệnh

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | PHIẾU ĐĂNG KÝ KHÁM BỆNHBUỒNG KHÁM BỆNH*............................* | Phiếu ĐK số ......................... |

Tuổi

1. Họ và tên *(In hoa):* ................................................................ 2. Sinh ngày:

3. Giới: 1. Nam 2. Nữ 4. Nghề nghiệp: ................................................

5. Dân tộc: ................................................

6. Địa chỉ: Số nhà ............ Thôn, phố.............................................. Xã, phường...............................................................

Huyện (Q, Tx) ............................................................. Tỉnh, thành phố ...............................................

7. Nơi làm việc: .......................................................... 8. Đối tượng: *1.BHYT 2.Thu phí 3.Miễn 4.Khác*

9. BHYT giá trị đến ngày .......tháng...... năm ............ Số thẻ BHYT

10. Đến khám bệnh lúc ....... giờ ........ phút ngày ........... tháng ........... năm ................

*Ngày ...... tháng ..... năm ............*

## NGƯỜI LẬP PHIẾU

Họ tên .....................................

MB02: Phiếu xét nghiệm bổ sung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | PHIẾU XÉT NGHIỆM | Phiếu XN số ...…… |

- Họ tên người bệnh: .............................................................. Tuổi: ........................ Nam/Nữ

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

- Khoa: .......................................................................................

- Chẩn đoán:

|  |  |
| --- | --- |
| **YÊU CẦU XÉT NGHIỆM** | **KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM** |
|  |  |

*Ngày ...... tháng ....... năm ...............*

## BÁC SĨ XÉT NGHIỆM

Họ tên ..............................................

MB03: Phiếu đăng ký khám bổ sung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | PHIẾU KHÁM BỔ SUNG | Phiếu khám số ...…… |

- Họ tên người bệnh: .............................................................. Tuổi: ........................ Nam/Nữ

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

- Khoa: .......................................................................................

- Chẩn đoán:

|  |  |
| --- | --- |
| **YÊU CẦU KHÁM BỔ SUNG** | **KẾT QUẢ KHÁM BỔ SUNG** |
|  |  |

*Ngày ....... tháng ........ năm ............*

## BÁC SỸ CHUẨN ĐOÁN

Họ tên ...............................................

MB04: Đơn thuốc

|  |  |
| --- | --- |
|  | Đơn thuốc số: ......................... |

**ĐƠN THUỐC**

Họ tên người bệnh: ............................................. Tuổi: ............... nam/nữ

Địa chỉ: .............................................................................ĐT:......................

Căn bệnh: ......................................................................................................

Thuốc:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **THUỐC** | **ĐƠN VỊ** | **ĐƠN GIÁ** | **SL** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Ngày ....... tháng ...... năm ...........*

BÁC SỸ KHÁM BỆNH

Họ tên ..........................................

*Khám lại xin mang theo đơn này.*

MB05: Phiếu thanh toán ra viện

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PHIẾU THANH TOÁN RA VIỆN** | Phiếu ĐK số .................... |

- Họ tên người bệnh: .............................................................. Tuổi: ..................... Nam/Nữ

- Địa chỉ:

- BHYT: giá trị từ ......./......./............ đến ......../........./........... Số:

- Nơi cấp BHYT:

- Khoa: .......................................................................................

- Vào viện lúc: ........ giờ ........; ngày ........./........./.................. Ra viện lúc: ...... giờ ......; ngày ......./......./

- Chẩn đoán:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nội dung** | **Đơn vị** | **Số lượng** | **Đơn giá** | **Thành tiền** |
| **1. Xét nghiệm:** |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| *Cộng (1):* |  |  |  |  |
| **2. Chẩn đoán hình ảnh:** |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| *Cộng (2)* |  |  |  |  |
| **3. Thuốc:** |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| *Cộng (3):* |  |  |  |  |
| **4. Loại giường chuyên khoa:** |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| - |  |  |  |  |
| *Cộng (4):* |  |  |  |  |
| **Tổng chi phí** *(Cộng: 1+2+3+4+5+6+7):*  (bằng chữ): | | | | |
| **THANH TOÁN:** | |  | | |
| - BHYT: đ | |  | | |
| - Người bệnh trả: đ | |  | | |

Bằng chữ:

Biên lai số:

*Ngày ..... tháng ...... năm ............*

**GIÁM ĐỐC/ TRƯỞNG KHOA KẾ TOÁN VIỆN PHÍ**

Họ tên ........................................... Họ tên ..................................

**XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI BỆNH**

(hoặc gia đình)

Họ tên ..................................