

ĐƠN THUỐC "H" / H - PRESCRIPTION

(Bản lưu tại cơ sở cấp, bán thuốc)

Họ tên/ Full Name: Mã số BN/PID:

tuổi/ Age: Nam/nữ (Male/Female):

Địa chỉ/ Add:

Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có)/ Insurance No (if available)

Chẩn đoán
Diagnosis:

Thuốc điều trị/ Medication:

1 Tên thuốc:

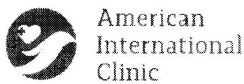
Cách dùng:
Route:
Số lượng/ Qty:

[Faint handwritten text and illegible stamps]

Ngày tháng năm
Date: , ,

Người nhận thuốc/ Receiver
(Ký, ghi rõ họ tên và số chứng minh nhân dân / căn cước công dân/

Bác sỹ khám bệnh/ Doctor
(Ký, ghi rõ họ tên/ Sign and full name)



ĐƠN THUỐC "H" / H - PRESCRIPTION

(Bản giao cho người bệnh)

Họ tên/ Full Name: Mã số BN/PID:

tuổi/ Age: Nam/nữ (Male/Female):

Địa chỉ/ Add:

Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có)/ Insurance No (if available)

Chẩn đoán
Diagnosis:

Thuốc điều trị/ Medication:

1 Tên thuốc:

Cách dùng:
Route:
Số lượng/ Qty:

Handwritten signature

Handwritten date: 20/12/2021

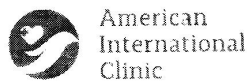
Ngày tháng năm
Date: , ,

Bác sĩ khám bệnh/ Doctor
(Ký, ghi rõ họ tên/ Sign and full name)

Handwritten signature: Nguyễn Văn Khoa

Điện thoại/ Tel: +84 28 3910 9888

Số No.:



ĐƠN THUỐC "H" / H - PRESCRIPTION

(Bản lưu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)

Họ tên/ Full Name:

Mã số BN/PID:

tuổi/ Age:

Nam/nữ (Male/Female):

Địa chỉ/ Add:

Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có)/ Insurance No (if available)

Chẩn đoán

Diagnosis:

Thuốc điều trị/ Medication:

1 Tên thuốc:

Cách dùng:

Route:

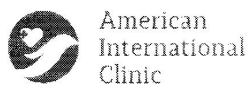
Số lượng/ Qty:

Ngày tháng năm

Date: , ,

Bác sỹ khám bệnh/ Doctor
(Ký, ghi rõ họ tên/ Sign and full name)

Handwritten signature of the doctor



#Erreur

(Bản giao cho người bệnh)

Họ tên/ Full Name:

Mã số BN/PID:

tuổi/ Age:

Nam/nữ (Male/Female):

Địa chỉ/ Add:

Ôtô bảo hiểm y tế (nếu có)/ Insurance No (if available)

Chẩn đoán

Diagnosis:

Thuốc điều trị/ Medication:

1 Tên thuốc:

Cách dùng:

Route:

Số lượng/ Qty:

Nguyễn Văn

Ngày tháng năm

Date: , ,

Bác sĩ khám bệnh/ Doctor

(Ký, ghi rõ họ tên/ Sign and full name)

✓

20/12/2021

Bs Nguyễn Văn Phước