

(Điền tất cả thông tin bên dưới)

MỤC A - THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN

Tên bệnh nhân: _____ Giới tính: _____

Ngày sinh (ngày/ tháng/ năm): _____ Mã số: _____ Số hợp đồng: _____

Nếu bảo hiểm theo nhóm, tên Chủ hợp đồng: _____

MỤC B - BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ ĐỀ NGHỊ VIỆC CHĂM SÓC THEO DÕI

Chuẩn đoán: _____

Thời gian nhập viện: _____

Phương pháp điều trị được đề nghị: _____

Bệnh nhân có cần được khám theo dõi? Có ☐ Không ☐

Số lần khám theo dõi bắt buộc là bao nhiêu? _____

Ngày của các lần khám theo dõi: _____

Bệnh nhân có được cho thuốc gì không? Có ☐ Không ☐

Tên và liều lượng của thuốc được kê toa: _____

Mức độ thường xuyên và hướng quản lý việc điều trị: _____

Có phải thuốc được kê toa là cho việc điều trị đang diễn ra? _____

Bệnh nhân có cần điều trị vật lý trị liệu/ nắn xương khớp/châm cứu? Có ☐ Không ☐

(Vui lòng khoanh tròn chọn lựa)

Loại hình chữa trị cần thiết: _____

Bao nhiêu lần điều trị là cần thiết? _____

Dự kiến ngày kết thúc việc điều trị: _____

Tên Bác sĩ điều trị: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____

E-mail: _____

Chữ ký và con dấu của Bác sĩ điều trị

Ngày (ngày/ tháng/ năm): _____