|  |  |
| --- | --- |
| BỘ Y TẾ  **BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN**  Số: /TB-BV  Vv: Cấp giấy chứng nhận bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân đang điều trị tại Bệnh viện. | CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  *Thái Nguyên, ngày tháng năm 2019* |

**THÔNG BÁO**

**Kính gửi:** Các Trung tâm, khoa, phòng.

Việc cung cấp thông tin về khám chữa bệnh của bệnh nhân được Ban giám đốc giao nhiệm vụ cho phòng Kế hoạch tổng hợp. Hiện nay, do chưa có mẫu thống nhất cung cấp thông tin chứng nhận bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân đang điều trị tại Bệnh viện.

Ban giám đốc thông báo đến các Trung tâm, khoa, phòng mẫu giấy chứng nhận bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân đang điều trị tại Bệnh viện.

*(Có mẫu đính kèm)*

Đề nghị các Trung tâm, khoa, phòng có bệnh nhân hoặc người nhà muốn chứng nhận quá trình điều trị xin liên hệ trực tiếp phòng Kế hoạch tổng hợp. Số điện thoại: 0208 3851019 (trong giờ làm việc)

Chi phí theo quy định hiện hành của Bệnh viện.

Đề nghị các Trung tâm, khoa, phòng thực hiện.

**Nơi nhận GIÁM ĐỐC**

*- Như KG*

*- Lưu: VT, KHTH*

|  |  |
| --- | --- |
| BỘ Y TẾ  **BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG**  **THÁI NGUYÊN** | CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

**GIẤY XÁC NHẬN**

**(Người bệnh điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên)**

Họ tên bệnh nhân: ……………………………….… Năm sinh: ….....…. Nam/Nữ: …..............

Địa chỉ: ………………………………….………………………………………………….…………………………….………

Số thẻ BHYT (nếu có): …….……………………………………… Mã bệnh nhân: …………………..…

Đối với bệnh nhân là trẻ em:

- Họ tên cha: …………………………………….……………………………………………….……………………………

- Nơi làm việc: ……………….…………………………………………..………………….………………………..………

- Họ tên mẹ: ……………………………..…….……………………………………………………………………….………

- Nơi làm việc: ……………….…………………………………………..………………….…………………….…….……

Ngày vào viện: …………………………………… Ngày ra viện (nếu có): …………………............……

Điều trị tại khoa: …………………………………………………….....................….……………………..……..........….

Chẩn đoán: …………………………………….………….………………………..……………………………………..…

Tình trạng người bệnh hiện tại:

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

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

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

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

*Thái Nguyên, ngày .…... tháng ……. năm 2019*

|  |  |
| --- | --- |
| **BAN GIÁM ĐỐC**  *(Ký, đóng dấu)* | **TRƯỞNG KHOA ĐIỀU TRỊ**  *Họ tên:* …………...……………….………………………… |