

SỞ Y TẾ QUẢNG TRỊ
BỆNH VIỆN ĐKKV
BẮC QUẢNG TRỊ

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

MS:.....
Số hồ sơ/Số BA
.....

Số: /....

GIẤY RA VIỆN

- Họ tên người bệnh:.....
- Ngày/tháng/năm sinh:/...../..... (Tuổi.....)
- Nam/nữ:.....
- Dân tộc:Nghề nghiệp:.....
- Số CCCD/CMND/Định danh công dân/Hộ chiếu:..... Ngày cấp:.../.../.....
- Mã số BHXH/Thẻ BHYT số (nếu có):
- Địa chỉ:
- Vào viện lúc:.....giờ.....phút, ngày.....tháng.....năm.....
- Ra viện lúc:.....giờ.....phút, ngày.....tháng.....năm.....
- Chẩn đoán:
- Phương pháp điều trị:
- Ghi chú:.....
-
-

Ngày..... tháng..... năm.....
Đại diện đơn vị
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)