

SỞ Y TẾ QUẢNG BÌNH
BỆNH VIỆN ĐKKV BẮC Q-BÌNH

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

GIẤY SỬ DỤNG DỊCH VỤ PHÒNG ĐIỀU TRỊ THEO YÊU CẦU

Kính gửi: Giám đốc Bệnh viện ĐKKV Bắc Quảng Bình.

- Tôi tên là: Tuổi: Nam/ Nữ
 - CMND/ Hộ chiếu/ Hộ khẩu số: Cơ quan cấp:.....
 - Dân tộc: Ngoại kiều:
 - Nghề nghiệp:
 - Nơi làm việc:
 - Địa chỉ:
 - Là người bệnh/ đại diện gia đình người bệnh họ tên là:
- Hiện đang khám/chữa bệnh tại Khoa: Bệnh viện ĐKKV Bắc Quảng Bình.

1. Sau khi nghe bác sĩ phổ biến quy định khám/ chữa bệnh theo yêu cầu của bệnh viện, tôi viết giấy này thỏa thuận xin được nằm chữa bệnh tại phòng điều trị theo yêu cầu, với giá thanh toán bao gồm giá dịch vụ ngày giường bệnh được quy định tại Phụ lục II, Thông tư 22/2023/TT-BYT của Bộ Y tế và giá dịch vụ ngày giường điều trị theo yêu cầu tại Quyết định 827/QĐ-BV ngày 28/9/2024 của Bệnh viện ĐKKV Bắc Quảng Bình. Cụ thể, người bệnh/ đại diện người bệnh lựa chọn nộp thêm:

+ 600.000 đồng/ 01 giường/ ngày: Phòng 1 giường ☐

+ 500.000 đồng/ 01 giường/ ngày: Phòng 2 giường ☐

2. Trong khi thực hiện khám/ chữa bệnh theo yêu cầu, nếu có vấn đề phát sinh đề nghị bác sĩ thông báo cho tôi/ gia đình tôi/ biết để tiện thanh toán kịp thời.

3. Tôi xin chấp hành đầy đủ nội quy khám/ chữa bệnh của bệnh viện, yên tâm chữa bệnh và chịu trách nhiệm về những yêu cầu khám/ chữa bệnh của tôi.

Ba Đồn, ngày tháng năm 20.....

Người bệnh/ đại diện gia đình

(ký ghi rõ họ tên)