

BV ĐKKV B.QUẢNG BÌNH
KHOA:.....

Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số vào viện:

GIẤY CAM ĐOAN

- Tên tôi là: Tuổi: Nam/Nữ:.....
- Nghề nghiệp:Số điện thoại:..... Số CMND:
- Địa chỉ:
- Là người bệnh/đại diện gia đình người bệnh họ tên là:
Hiện đang được điều trị tại Khoa:..... Vào viện ngày.....tháng.....năm..... Số bệnh án:.....
Sau khi nghe bác sĩ cho biết tình trạng bệnh của tôi/của người nhà tôi, cần phải sử dụng thuốc/vật tư/dịch vụ y tế..... không được bảo hiểm y tế chi trả hoặc chi trả một phần đối với tình trạng bệnh này theo các quy định hiện hành.
Nên tôi/đại diện gia đình người bệnh tự nguyện viết giấy cam đoan này xin sử dụng thuốc/vật tư/dịch vụ y tế..... và chi trả tiền theo đúng điều kiện thanh toán theo quy định.

Ngày tháng năm

NGƯỜI BỆNH/ ĐẠI DIỆN NGƯỜI BỆNH

Họ tên:

BV ĐKKV B.QUẢNG BÌNH
KHOA:.....

Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số vào viện:

GIẤY CAM ĐOAN

- Tên tôi là: Tuổi: Nam/Nữ:.....
- Nghề nghiệp:Số điện thoại:..... Số CMND:
- Địa chỉ:
- Là người bệnh/đại diện gia đình người bệnh họ tên là:
Hiện đang được điều trị tại Khoa:..... Vào viện ngày.....tháng.....năm..... Số bệnh án:.....
Sau khi nghe bác sĩ cho biết tình trạng bệnh của tôi/của người nhà tôi, cần phải sử dụng thuốc/vật tư/dịch vụ y tế..... không được bảo hiểm y tế chi trả hoặc chi trả một phần đối với tình trạng bệnh này theo các quy định hiện hành.
Nên tôi/đại diện gia đình người bệnh tự nguyện viết giấy cam đoan này xin sử dụng thuốc/vật tư/dịch vụ y tế..... và chi trả tiền theo đúng điều kiện thanh toán theo quy định.

Ngày tháng năm

NGƯỜI BỆNH/ ĐẠI DIỆN NGƯỜI BỆNH

Họ tên: