

BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC
BẮC QUẢNG BÌNH
KHOA.....

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

MS: 45/BV2

GIẤY CAM KẾT
CHUYỂN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

Kính gửi: Bệnh viện đa khoa khu vực Bắc Quảng Bình

Tôi tên là:.....

Địa chỉ:.....

Ngày sinh: Số Căn cước/Hộ chiếu:.....

☐ Là người bệnh

☐ Làcủa người bệnhNgày sinh/Tuổi:.....

Đang điều trị tại khoa:.....Bệnh viện đa khoa khu vực Bắc Quảng Bình

Chẩn đoán:.....

.....

.....

Tôi đã được bác sỹ điều trị giải thích, tư vấn cụ thể về tình trạng bệnh của tôi/thân nhân của tôi và những nguy cơ biến chứng, rủi ro có thể xảy ra trên đường vận chuyển, tôi đề nghị được chuyển đến

để tiếp tục theo dõi, chăm sóc, điều trị cho tôi/thân nhân của tôi.

Tôi cam kết trong quá trình chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác nếu có nguy cơ biến chứng, rủi ro có thể xảy ra với tôi/thân nhân của tôi, chúng tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm.

Tôi cam kết thực hiện các nghĩa vụ chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế (nếu có).

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người bệnh/thân nhân

(Ký, ghi rõ họ tên)