

Số: /....

## GIẤY XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

### Bệnh viện ĐKKV Bắc Quảng Trị xác nhận:

- 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 (nếu có) số .....
- Địa chỉ: .....
- Vào viện lúc:.....giờ.....phút, ngày.....tháng.....năm.....
- Hiện đang điều trị nội trú tại .....hoặc đã ra viện lúc:.....giờ.....phút, ngày.....tháng.....năm.....
- Mô tả tình trạng bệnh, tật của người bệnh đã hoặc đang điều trị nội trú: .....
- Chẩn đoán.....
- Phương pháp điều trị:.....
- Ghi chú (nếu có) .....

Ngày.... tháng... năm 2025  
**Đại diện đơn vị**  
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

Ngày.... tháng..... năm 2025  
**Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh**  
(Ký, ghi rõ họ tên)