**Mẫu số 5**

|  |  |
| --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN (BYT/SYT/....) **TÊN** **CƠ SỞ KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số: ........... |  |

**GIẤY HẸN KHÁM LẠI**

Họ tên người bệnh: ................................................................Nam □ Nữ □

Sinh ngày: ..../........ / .........................

Địa chỉ: ...............................................................................................................................

Số thẻ bảo hiểm y tế :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Hạn sử dụng: Từ .../.../.... Đến .../.../....

Ngày khám bệnh: .../.../....

Ngày vào viện: .../.../.... Ngày ra viện: .../.../....

Chẩn đoán: .........................................................................................................................

............................................................................................................................................

Bệnh kèm theo: ..................................................................................................................

Hẹn khám lại vào giờ ... ngày .... tháng .... năm ……… , hoặc đến bất kỳ thời gian nào trước ngày hẹn khám lại nếu có dấu hiệu (triệu chứng) bất thường.

Giấy hẹn khám lại chỉ có giá trị sử dụng 01 lần trong thời hạn 10 ngày làm việc, kể từ ngày hẹn khám lại./.

|  |  |
| --- | --- |
| **BÁC SĨ, Y SĨ KHÁM BỆNH** *(Ký tên)* | *...., ngày ... tháng .... năm ...* **ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH** *(Ký tên, đóng dấu)* |