**PHỤ LỤC V**

MẪU PHIẾU HẸN KHÁM LẠI  
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 01/2025/TT-BYT ngày 01 tháng 01 năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| **(Đóng dấu treo của cơ sở KCB)** |  |
| **CƠ QUAN CHỦ QUẢN (BYT/SYT/….) Tên cơ sở KCB -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |
| **Số:………….** |  |

**PHIẾU HẸN KHÁM LẠI**

Họ tên người bệnh:……………………………………………..Giới:……

Sinh ngày: …./……/……… Địa chỉ:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Số thẻ BHYT: |  |  |  |  |  |  |  |

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

Ngày khám bệnh:…../……./………

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

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

Bệnh kèm theo:………………………………………………………………

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

Phiếu hẹn khám lại chỉ có giá trị sử dụng 01 (một) lần. Trường hợp không đúng hẹn cần liên hệ với cơ sở khám bệnh chữa bệnh để được giải quyết.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ………, ngày.…tháng …. năm…… **Bác sĩ, Y sĩ khám bệnh (ký tên)** |