**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....................................... tháng........ năm..................................

Nơi cư trú:..........................................................................................................................

Số thẻ bảo hiểm y tế:..........................................................................................................

Thời hạn sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế đến ngày.... tháng .... Năm….

Hết thời hạn: □ Không xác định được thời hạn: □

Khám bệnh: ngày ……tháng ... năm 202...

Vào viện: ngày…….tháng ... năm 202...;

Xác định lý do khi người bệnh vào viện:

Cấp cứu □ Đúng tuyến □ Không đúng tuyến □

Ra viện: ngày …..tháng ... năm 202….;

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

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

Hẹn khám lại vào ……… giờ ……. ngày ….. tháng .... năm 202... hoặc đến bất kỳ thời gian nào trước ngày hẹn khám lại nếu có dấu hiệu (triệu chứng) bất thường. Trường hợp quá thời gian hẹn khám lại, trong thời gian 10 ngày kể từ ngày được hẹn khám lại, người bệnh liên hệ nhân viên y tế để đăng ký lịch khám phù hợp hoặc tự đến khám lại.

*Giấy hẹn khám lại chỉ có giá trị sử dụng một lần kể từ thời điểm cấp giấy hẹn khám lại này./.*

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