DANH MỤC MẪU BIỂU
*(Kèm theo Thông tư số 13/2024/TT-BQP ngày 18 tháng 3 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng)*

|  |  |
| --- | --- |
| Mẫu số 01/2024/KB-SQPV | Sổ khám bệnh, chữa bệnh của sĩ quan phục viên 15 năm |

*Mẫu số 01/2024/KB-SQPV*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **QUY ĐỊNH SỬ DỤNGSỔ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH CỦA SQPV****1.**Sổ khám bệnh, chữa bệnh của sĩ quan phục viên 15 năm trở lên phục viên chỉ có giá trị khám bệnh, chữa bệnh tại các bệnh viện quân đội nơi đăng ký cấp sổ.**2.**Sổ này do sĩ quan phục viên giữ. Khi đi khám bệnh tại bệnh viện quân đội thuộc tuyến, sĩ quan phục viên phải xuất trình sổ khám bệnh, chữa bệnh, chứng minh thư và các giấy tờ khác theo quy định.**3.** Khai thay đổi bệnh viện khám bệnh, chữa bệnh do chuyển nơi cư trú, sĩ quan phục viên phải nộp Sổ khám bệnh cũ và làm các thủ tục đăng ký khám bệnh tại bệnh viện mới theo quy định.**4.**Mỗi lần sĩ quan phục viên khám bệnh, bệnh viện quân đội phải ghi đầy đủ ngày, tháng, năm khám bệnh; chuẩn đoán, xử trí; được miễn hoặc giảm phí; ghi đầy đủ họ, tên người khám, đóng dấu phòng khám của bệnh viện. Hết sổ bệnh viện thu hồi sổ cũ, cấp sổ mới theo giá quy định ...**5.** Sổ khám bệnh, chữa bệnh này không có giá trị khi bị rách, cắt đứt và hết hạn sử dụng. |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **BỆNH VIỆN**..........1 | Quyển số ............ |

 Mã số ............................ **SỔ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNHCỦA SĨ QUAN PHỤC VIÊN 15 NĂM***(Mẫu số 01/2024/KB-SQPV - Ban hành kèm theo Thông tư số    /2024/TT-BQP ngày    /    /2024 của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng)*Họ và tên: ............... Số sổ .............................Địa chỉ: ............................................................Ngày tháng năm cấp sổ: ..........................................................................................................  *- Bắt đầu từ ngày    /   /**- Hết sổ, nộp lưu trữ ngày   /    /* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ngày tháng năm | Triệu chứng, chuẩn đoán | Hướng dẫn điều trị | Ảnh | **Số sổ** ...................... |
|   |   |   |  **SƠ YẾU LÝ LỊCH**Họ và tên:......................, tuổi......., nam, nữ......Nhập ngũ ngày:........... /.......... /........................Quyết định phục viên số:....................................Cấp bậc khi phục viên:.......................................Đơn vị khi phục viên:..........................................Nơi thường trú: Xã, phường...............................Quận, huyện:......................................................Tỉnh, thành phố:.................................................Số định danh cá nhân:.....................................Nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh:     ..........................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **Người được cấp sổ***(Ký, ghi rõ họ tên)* | Ngày... tháng... năm 20**GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN***(Ký tên, đóng dấu)* |

   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ngày tháng năm | Triệu chứng, chuẩn đoán | Hướng dẫn điều trị | Ngày tháng năm | Triệu chứng, chuẩn đoán | Hướng dẫn điều trị |
|   |   |         |   |   |   |
| Ngày tháng năm | Triệu chứng, chuẩn đoán | Hướng dẫn điều trị | Ngày tháng năm | Triệu chứng, chuẩn đoán | Hướng dẫn điều trị |
|   |   |         |   |   |   |