

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh Phúc

ĐƠN XIN SAO Y BỆNH ÁN
(Dành cho người giám hộ, Người được ủy quyền)

Kính gửi: Ban lãnh đạo Bệnh Viện đa khoa quốc tế Vinmec.....

Tên tôi là:.....

Số CMND:..... Cấp ngày:...../...../....., cấp bởi

Hộ khẩu TT:

Chỗ ở hiện nay:

Là người giám hộ/ Được ủy quyền của người bệnh (kèm thông tin người giám hộ / Giấy ủy quyền).....

Họ tên người bệnh, sinh ngày...../...../.....

Địa chỉ:

Đã điều trị tại khoa:....., Bệnh viện đa khoa quốc tế

Vinmec..... từ ngày/...../.....đến ngày...../...../.....

Tôi viết đơn này kính đề nghị Ban lãnh đạo Bệnh viện cho phép tôi được sao y lại bệnh án của người bệnh nêu trên với các loại giấy tờ cần sao y như sau

(Khoanh tròn vào giấy tờ cần sao y, yêu cầu ghi rõ ngày tháng năm)

1. Báo cáo y tế/ Phiếu khám Ngoại trú;
2. Báo cáo y tế ra viện/ giấy ra viện;
3. Tóm tắt phẫu thuật ;
4. Các kết quả cận lâm sàng (xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh)/

.....
.....

Trân trọng !

.....giờ....., ngày...../...../ 20.....

Lãnh đạo bệnh viện
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

Người làm đơn
(Ký, ghi rõ họ tên)

THE SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM
Independence - Freedom – Happiness

REQUEST FOR COPYING MEDICAL RECORD
(For guardians / authorized representatives only)

Respectfully to: Vinmec International Hospital Board of Management

My full name:.....

ID No:..... Issued on:...../...../....., Issued by

Place of Permanent Address:

Address:

I am guardian / authorized representative of patient (please state the information of guardian/
power of attorney) :.....

Patient's full name:, Date of birth...../...../.....

Address:.....

Patient was on treatment in department :..... Vinmec
..... International Hospital from...../...../..... to...../...../.....

I am making this application to request hospital Board of Management to allow me to copy the
medical records of the above patient as follows:

(please circle the documents to be copied, and state clearly the date of examination)

1. Medical report/ Outpatient examination note
2. Hospital discharge medical report/ Discharge certificate
3. Surgical summary
4. Results of subclinical test (laboratory tests, diagnostic imaging services)

.....

.....

Regards

.....hoursdate...../...../.....

Hospital Management
(Signature and stamp over full name)

Applicant
(Signature over full name)