**Phụ lục I**

*(Kèm theo Nghị định số /2022/NĐ-CP ngày tháng năm 2022 của Chính phủ)*

**Mẫu số 3**

**DANH SÁCH THÀNH VIÊN** **CÙNG ĐĂNG KÝ THƯỜNG TRÚ HOẶC TẠM TRÚ (TẠI MỘT CHỖ Ở HỢP PHÁP THEO QUY ĐỊNH LUẬT CƯ TRÚ)** **THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ**

Họ và tên chủ hộ: ............................... Số điện thoại (nếu có): ...............

Thông tin trong cơ sở dữ liệu về cư trú: .......................................

Địa chỉ: Thôn (bản, tổ dân phố) .................................... Xã (phường, thị trấn)..............

Huyện (quận, thị xã, TP thuộc tỉnh): .............................. Tỉnh (TP):..............................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Mã thẻ BHYT** | **Ngày, tháng, năm sinh** | **Giới tính** | **Nơi cấp giấy khai sinh** | **Mối quan hệ với chủ hộ** | **Số CMND/ Thẻ căn cước/Hộ chiếu** | **Ghi chú** |
| A | B | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ... |   |   |   |   |   |   |   |   |

(***Ghi chú:*** Người kê khai có thể tra cứu Mã số bảo hiểm y tế và Mã hộ gia đình tại địa chỉ: [**http://baohiemxahoi.gov.vn**](http://baohiemxahoi.gov.vn))

|  |  |
| --- | --- |
|   | Tôi cam đoan những nội dung kê khai là đúng và chịu trách nhiệm trước pháp luật về những nội dung đã kê khai*......, ngày .... tháng .... năm ....***NGƯỜI KÊ KHAI***(Ký, ghi rõ họ tên)* |

**Mẫu số 5**

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

**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.

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

**Mẫu số 6**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN (BYT/SYT..)**TÊN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc---------------** | **Số Hồ sơ: ......Vào sổ chuyển tuyến số: .....** |
| Số: ...../20.../GCT |  |  |

**GIẤY CHUYỂN TUYẾN KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ**

Kính gửi: ......................

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: ................................................. trân trọng giới thiệu:

- Họ và tên người bệnh: ........................................ Nam/Nữ: .................. Tuổi: ..............

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

- Dân tộc: .................................................................. Quốc tịch: .....................................

- Nghề nghiệp: .......................................................... Nơi làm việc .................................

Số thẻ:

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

Hạn sử dụng: .....................................................................................................................

Đã được khám bệnh/điều trị:

+ Tại: ................(Tuyến ......) Từ ngày ......./ ........./ .......... đến ngày ........../ ........./ .........

+ Tại: .................(Tuyến ......) Từ ngày ......./ ......../ ........... đến ngày ........../ ........./ ........

**TÓM TẮT BỆNH ÁN**

- Dấu hiệu lâm sàng: .........................................................................................................

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

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

- Kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng:.................................................................................

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

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

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

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

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

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

- Phương pháp, thủ thuật, kỹ thuật, thuốc đã sử dụng trong điều trị:................................

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

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

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

- Tình trạng người bệnh lúc chuyển tuyến:.......................................................................

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

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

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

- Lí do chuyển tuyến: Khoanh tròn vào lý do chuyển tuyến phù hợp sau đây:

1. Đủ điều kiện chuyển tuyến.

2. Theo yêu cầu của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh.

- Hướng điều trị: ...............................................................................................................

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

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

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

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

- Chuyển tuyến hồi: ..... giờ ....... phút, ngày ..... tháng ...... năm 20.................................

- Phương tiện vận chuyển: ...............................................................................................

- Họ tên, chức danh, trình độ chuyên môn của người hộ tống: .......................................

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Y, BÁC SĨ KHÁM, ĐIỀU TRỊ***(Ký và ghi rõ họ tên)* | *Ngày .... tháng .... năm 20...***NGƯỜI CÓ THẨM QUYỀN CHUYỂN TUYẾN***(Ký tên, đóng dấu)* |