**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh Phúc**

# ĐƠN XIN SAO BỆNH ÁN

# (Dành cho người giám hộ, Người được ủy quyền)

**Kính gửi**: **Ban lãnh đạo Bệnh Viện Nam Thăng Long**

Tên tôi là:……..………………………………………………………….…………………

Số CMND/CCCD:………………….......Cấp ngày:…../…./…… , Nơi cấp ………………

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 Nam Thăng Long

từ ngày ……../…..….../……….đến ngày………/………../………

Tôi viết đơn này kính đề nghị Ban lãnh đạo Bệnh viện cho phép tôi được sao lại bệnh án của người bệnh nêu trên. Tôi xin trân trọng cảm ơn!

……..giờ...…, ngày….../……/ 20…….

**Lãnh đạo bệnh viện****Người làm đơn**

*(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu) (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

..….hours .…..date….…/……./……... **Hospital Management Applicant**

(Signature and stamp over full name) (Signature over full name)