

(Điền đầy đủ vào tất cả các phần)

MỤC 1: THÔNG TIN CHUNG

Họ Tên Người được bảo hiểm: _____ Mã số: _____

Ngày sinh & Tuổi: _____ Giới tính: _____

MỤC 2: CHI TIẾT ĐIỀU TRỊ

Vui lòng khoanh tròn: HÓA TRỊ XẠ TRỊ

1. Chuẩn đoán bệnh:

2. Tổng thời gian điều trị:

3. Vui lòng cho biết lịch điều trị:

4. Số lần hóa trị/ xạ trị cần thiết:

5. Thuốc và liệu dùng được sử dụng (nếu có):

6. Vui lòng cho biết có thể điều trị ở khoa ngoại trú hay nội trú? Nếu điều trị nội trú, vui lòng ước tính thời gian ở lại bệnh viện:

7. Ước tính chi phí cho mỗi lần xạ trị/ hóa trị, bao gồm cả chi phí nhập viện và phí Bác sĩ:

Tên Bác sĩ điều trị: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____

E-mail: _____

Chữ ký và con dấu của Bác sĩ điều trị

Ngày (ngày/ tháng/ năm): _____