

(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): \_\_\_\_\_