

GIẤY CAM KẾT
CHUYỂN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

Kính gửi: (Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh).....

Tôi tên là:

Địa chỉ:

Ngày sinh:/...../..... Số Căn cước/Hộ chiếu:

Là người bệnh

Là của người bệnh Tuổi:

Đang điều trị tại khoa:.....Cơ sở KB, CB:

Chẩn đoán:

.....
.....

Tôi đã được bác sĩ điều trị giải thích, tư vấn cụ thể về tình trạng bệnh của tôi/thân nhân của tôi và những nguy cơ biến chứng, rủi ro có thể xảy ra trên đường vận chuyển, tôi đề nghị được chuyển đến (tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)..... để tiếp tục theo dõi, chăm sóc, điều trị cho tôi/thân nhân của tôi.

Tôi cam kết trong quá trình chuyển đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác nếu có nguy cơ biến chứng, rủi ro có thể xảy ra với tôi/thân nhân của tôi, chúng tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm.

Tôi cam kết thực hiện các nghĩa vụ chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh ngoài phạm vi được hưởng và mức hưởng theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế (nếu có).

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người bệnh/thân nhân

(Ký, ghi rõ họ tên)