

GIẤY ĐỀ NGHỊ
Làm người đại diện cho người bệnh

Tôi tên là: Tuổi: Nam Nữ
Số Căn cước/Hộ chiếu: Ngày cấp:/...../..... Nơi cấp:
Địa
chỉ:
Điện thoại:

Tôi là: của người bệnh: Tuổi:
Nhập viện ngày/...../20..... Số vào viện/Mã người bệnh:
Hiện nay, người bệnh không có người đại diện hoặc có người đại diện là Ông/Bà
là của người bệnh nhưng hiện tại không thể quyết định việc khám bệnh, chữa bệnh cho
người bệnh. Và người bệnh đang trong tình trạng:

Chưa đủ 18 tuổi.

Mất năng lực hành vi dân sự.

Hạn chế năng lực hành vi dân sự.

Có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi.

Do đó, tôi tự nguyện làm người đại diện cho người bệnh để:

Trực tiếp gặp, nghe bác sĩ, nhân viên y tế của đơn vị giải thích về tình trạng sức khỏe người bệnh.

Quyết định/thay đổi/chấm dứt phương pháp điều trị cho người bệnh theo tư vấn, chỉ định của các
y, bác sĩ.

Quyết định và làm thủ tục nhập viện, xuất viện, chuyển viện.

Ký các giấy tờ và thực hiện các thủ tục theo quy định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Thanh toán viện phí và nhận các khoản tiền cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoàn trả.

Nội dung khác:

Tôi cam kết rằng tôi hoàn toàn minh mẫn, sáng suốt và tự nguyện thực hiện các công việc trên vì lợi
ích của người bệnh.

Tôi cam kết rằng các thông tin tôi cung cấp ở trên là sự thật và sẽ hoàn toàn chịu trách nhiệm trước
người bệnh và các cá nhân, cơ quan, tổ chức khác về các công việc tôi đã đại diện thực hiện.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Người đề nghị
(Ký, ghi rõ họ tên)