

# YÊU CẦU XÁC NHẬN BẢO LÃNH VIỆN PHÍ

Loại yêu cầu xác nhận:  Trường hợp khẩn cấp  Trường hợp thông thường

Gửi từ:	Đến: Cty CP Bảo An Khang
Fax No:	Fax No: (84 8)3 9 414 170
Tel No:	Tel No: (84 8)3 9 414 171
Ngày:	Số trang:

Bệnh nhân:	Ngày sinh:	Số CMND:
Số HDBH:	Số liên hệ:	Mã nhân viên:
Tên đơn vị công tác:		Level:

Nếu là trẻ em phải cung cấp bản sao giấy khai sinh

## Phần do BỆNH VIỆN điền

Bác sĩ điều trị:	
Người liên hệ:	Tel No:
Fax No:	Email:

## Phần do Bác sĩ điều trị điền

Chẩn đoán:
Nguyên nhân điều trị: <i>Chú ý: Vui lòng ghi rõ chỉ định điều trị của Bác sĩ điều trị</i>
Triệu chứng:
Ngày khám đầu tiên:
Phương pháp điều trị dự tính: <input type="checkbox"/> Ngoại khoa
Bệnh kèm theo:
Ngày điều trị: Thời gian điều trị:

## Dự toán chi phí (do BỆNH VIỆN xác định)

iảm phí áp dụng cho Bảo An Khang:	Chi phí điều trị:
	- Điều trị viêm nướu
	- Trám răng bằng amalgam hoặc composite:
	- Nhổ răng bệnh lý
	- Chữa trị chân răng (nội nha)
	- Cạo vôi răng
	- Chi phí khác
	Tổng phí ước tính:

Chữ ký của người có trách nhiệm

Bác sĩ điều trị

Ngày: