|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BỘ Y TẾ**BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ****VIỆT NAM - CU BA****ĐỒNG HỚI****SĐT: 0232.3 822. 413** |  | ***Phụ lục số 07******Ban hành theo Thông tư số 05/2016/TT-BYT ngày 29 tháng 02 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế*****Số:**…………………. |

**ĐƠN THUỐC “H”**

*(Bản lưu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)*

Họ và tên:

Tuổi: Nam/Nữ

Địa chỉ:

Số thẻ Bảo hiểm y tế *(nếu có):*

Chẩn đoán:

Đợt …… (từ ngày .…/... /20... đến hết ngày …. /… /20…).

 Ngày ……. tháng…… năm 20…

 Bác sĩ khám bệnh

 *(Ký, ghi rõ họ tên)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BỘ Y TẾ**BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ****VIỆT NAM - CU BA****ĐỒNG HỚI****SĐT: 0232.3 822. 413** |  | ***Phụ lục số 07******Ban hành theo Thông tư số 05/2016/TT-BYT ngày 29 tháng 02 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế*****Số:**…………………. |

**ĐƠN THUỐC “H”**

*(Bản lưu tại cơ sở cấp, bán thuốc)*

Họ và tên:

Tuổi: Nam/Nữ

Địa chỉ:

Số thẻ Bảo hiểm y tế *(nếu có):*

Chẩn đoán:

Đợt …… (từ ngày .…/... /20... đến hết ngày …. /… /20…).

 Ngày ……. tháng…… năm 20…

|  |  |
| --- | --- |
| Người nhận thuốc*(Ký, ghi rõ họ tên và* *số chứng minh nhân dân)* | Bác sĩ khám bệnh*(Ký, ghi rõ họ tên)* |

***Hạn sử dụng của thuốc:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BỘ Y TẾ**BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ****VIỆT NAM - CU BA****ĐỒNG HỚI****SĐT: 0232.3 822. 413** |  | ***Phụ lục số 07******Ban hành theo Thông tư số 05/2016/TT-BYT ngày 29 tháng 02 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế*****Số:**…………………. |

**ĐƠN THUỐC “H”**

*(Bản giao cho người bệnh)*

Họ và tên:

Tuổi: Nam/Nữ

Địa chỉ:

Số thẻ Bảo hiểm y tế *(nếu có):*

Chẩn đoán:

Đợt …… (từ ngày .…/... /20... đến hết ngày …. /… /20…).

 Ngày ……. tháng…… năm 20…

 Bác sĩ khám bệnh

 *(Ký, ghi rõ họ tên)*