|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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)*