

## BẢNG KÊ CHI PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH NỘI TRÚ

### I. HÀNH CHÍNH:

Họ và tên: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Nam, Nữ: \_\_\_\_\_  
 Địa chỉ: \_\_\_\_\_  
 Có BHYT: \_\_\_\_\_ Số thẻ: \_\_\_\_\_ Ngày áp dụng: \_\_\_\_\_ Đến ngày: \_\_\_\_\_  
 Cơ sở đăng ký KCB BHYT ban đầu: \_\_\_\_\_  
 Mã số của cơ sở đăng ký KCB ban đầu: \_\_\_\_\_  
 Ngày nhập viện: \_\_\_\_\_ Ngày ra viện: \_\_\_\_\_ Tổng số ngày điều trị: \_\_\_\_\_  
 Cấp cứu:  Đứng tuyến:  Nơi chuyển đến: ..... Trái tuyến:   
 Chẩn đoán khi ra viện: \_\_\_\_\_ Mã bệnh (ICD-10): \_\_\_\_\_

### II. CHI PHÍ KHÁM, CHỮA BỆNH:

STT	Tên dịch vụ	ĐVT	Số lượng	Đơn giá	Thành tiền	Nguồn Thanh Toán		
						BHYT	Bệnh Nhân	Khác
<b>MỤC DỊCH VỤ - YÊU CẦU</b>								
<b>I TRỢ PHÍ - GIƯỜNG BỆNH</b>								
<b>II THUỐC</b>								
<b>III VẬT TƯ TIÊU HAO</b>								
<b>Tổng yêu cầu:</b>								

Tổng Nguồn Khác

Tổng chi phí đã sử dụng

Tổng số tiền đã thanh toán

Tổng số ký quỹ

Tổng số miễn giảm

Số tiền bệnh nhân phải thanh toán

Ngày ..., tháng ... năm ...

**(Số tiền bằng chữ)**...../.

**Người lập biểu**

**Bệnh nhân**

**Y tá trưởng**

**Đại diện bệnh viện**