|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH |  |
| **BV Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ** **PHỤC HỒI CHỨC NĂNG** | **PHIẾU ĐĂNG KÝ THỰC HIỆN DỊCH VỤ KỸ THUẬT**(theo yêu cầu) |

Họ tên người bệnh: …………………………… Tuổi……..Giới tính: ……….......

Số giường: …....buồng: …..khoa: ……..............Chẩn đoán bệnh:..............................................................................

Địa chỉ:.........................................................................................................................................................................

Sau khi được thầy thuốc điều trị tư vấn về tình hình bệnh của tôi/người nhà của tôi. Tôi xin đăng ký được thực hiện thêm các dịch vụ kỹ thuật để mau hồi phục sức khỏe, gồm có:

1. …………………………………..số lần: ….. ,thành tiền: ………………..

2. ………………………………….. số lần: ….. , thành tiền: ………………..

3. ………………………………….. số lần: ….. , thành tiền: ………………..

Tổng số tiền: ………………………………………………………………….

(Bằng chữ: ……………………………………………………………………)

 Tôi xin chấp hành đúng mọi quy định của bệnh viện.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | *Bình Định, ngày tháng năm 2019* |
| **Người đăng ký** | **Bác sỹ chỉ định** | **Trưởng khoa** |

|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ BÌNH ĐỊNH |  |
| **BV Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ** **PHỤC HỒI CHỨC NĂNG** | **PHIẾU THỰC HIỆN DỊCH VỤ KỸ THUẬT**(theo yêu cầu) |

 Họ tên người bệnh:…………………………………………………………. Tuổi:……… Giới:…………………………………...........

 Số giường:………… Số buồng:…….. Khoa:................................... Chẩn đoán:…………………………………………….....................

 Địa chỉ:……………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên kỹ thuật** | **Chỉ định** | **Ngày điều trị** | **Tổng số ngày**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Điều trị bằng tia hồng ngoại |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Điện châm |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Thủy châm |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Xoa bóp bấm huyệt bằng tay |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Điều trị bằng các dòng điện xung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Điều trị bằng siêu âm |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Điều trị bằng máy kéo giãn cột sống |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Tập vận động có trợ giúp |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Tập vận động có kháng trở |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Tập vận động thụ động |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Từ trường |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Bó Paraffin |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Cấy chỉ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Điều trị bằng sóng ngắn |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Người bệnh/ người nhà ký hàng ngày** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Người bệnh/ người nhà ký** | **Người thực hiện** |
| (Ghi rõ họ tên) |  |