



Xác Nhận Về Chỉ Định Trước

Tôi xin xác nhận rằng tôi đã được bác sĩ thông báo về quyền của mình trong việc lập Chỉ Định Trước cho việc chăm sóc sức khỏe.

Vui lòng đọc và đánh dấu vào các câu sau:

1. Tôi đã lập Chỉ Định Trước.

☐ Có

☐ Không

2. Tôi đã nhận được tài liệu bằng văn bản về các quyền của mình.

☐ Có

☐ Không

3. Tôi muốn nhận thêm thông tin về Chỉ Định Trước.

☐ Có

☐ Không

4. Tôi đã nhận được thông tin bổ sung về Chỉ Định Trước.

☐ Có

☐ Không

Tên Bệnh Nhân: _____

Chữ Viết Tắt của Bệnh Nhân: _____

Số Hồ Sơ Bệnh Nhân: _____

Ngày Sinh: ____ / ____ / ____

Ngày: ____ / ____ / ____