

**KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ VẬT LÝ TRỊ LIỆU, NẮN XƯƠNG, CHÂM CỨU**

(Vui lòng điền đầy đủ các thông tin)

**MỤC A – THÔNG TIN KHÁCH HÀNG:**

Họ tên Người được bảo hiểm (bệnh nhân):		Giới tính:
Ngày sinh:	Số hợp đồng bảo hiểm:	Mã số Người được bảo hiểm:
Họ tên Bên mua bảo hiểm:		

**MỤC B- KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ DO BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ CHỈ ĐỊNH:**

Chẩn đoán bệnh:		
Kế hoạch điều trị được đề nghị:		
<i>Bệnh nhân có cần Vật lý trị liệu/ Nắn xương/ Châm cứu?</i>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Loại hình điều trị:		
Số lần điều trị:		
Ngày dự tính kết thúc kế hoạch điều trị:		
<i>Bệnh nhân có cần chăm sóc vết thương?</i>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Hình thức chăm sóc vết thương cần thiết:		
Số lần chăm sóc vết thương:		
Ngày dự tính kết thúc việc chăm sóc vết thương:		
<i>Bệnh nhân cần tái khám không?</i>	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Số lần tái khám cần thiết:		
Ngày tái khám gần đây nhất:		

Tên Bác sĩ điều trị: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Số ĐT: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Chữ ký của Bác sĩ điều trị: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_