

Phụ lục 2

(Ban hành kèm theo Quyết định số 04 / 2008 / QĐ - BHYT, ngày 01 tháng 02 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Tên đơn vị..... Điện thoại..... Số.....	Tên đơn vị..... Điện thoại..... Số.....
gốc đơn thuốc “N”	Đơn thuốc “N”
Họ tên :..... Tuổi:.....nam/nữ..... Địa chỉ:..... Số thẻ Bảo hiểm Y tế:..... Chẩn đoán:..... Đợt ... (từ ngày.../.../200...đến hết ngày .../.../200...)	Họ tên :..... Tuổi..... nam/nữ..... Địa chỉ..... Số thẻ Bảo hiểm Y tế..... Chẩn đoán..... Đợt ... (từ ngày.../.../200...đến hết ngày.../.../200...)
Ngày tháng năm 20... Bác sĩ khám bệnh (Ký, ghi rõ họ tên)	Người nhận thuốc (Ký, ghi rõ họ tên và số chứng minh nhân dân) Ngày tháng năm 20... Bác sĩ khám bệnh (Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)