**PHỤ LỤC IV**

CÁC BIỂU MẪU LIÊN QUAN ĐẾN KHÁM BỆNH, CHỮA NGƯỜI BỆNH NHÂN ĐẠO THEO ĐỢT HOẶC KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH LƯU ĐỘNG  
*(Kèm theo Nghị định số 96/2023/NĐ-CP ngày 30 tháng 12 năm 2023 của Chính phủ)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STT** | **Số thứ tự mẫu** | **Tên mẫu** |
| 1 | Mẫu 01 | Đơn đề nghị cho phép tổ chức khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo theo đợt/khám bệnh, chữa bệnh lưu động |
| 2 | Mẫu 02 | Danh sách thành viên tham gia khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo/khám bệnh, chữa bệnh lưu động |
| 3 | Mẫu 03 | Kế hoạch tổ chức khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo/khám bệnh, chữa bệnh lưu động |

**Mẫu 01 - Đơn đề nghị cho phép tổ chức khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo theo đợt hoặc khám bệnh, chữa bệnh lưu động**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  
-------------**

*………1………, ngày .... tháng ... năm..........*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ  
Cho phép tổ chức khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo theo đợt/khám bệnh, chữa bệnh lưu động**

Kính gửi:……………………2…………………

Tên cá nhân/trưởng đoàn/cơ sở đề nghị:

Địa chỉ:3

Địa điểm thực hiện khám bệnh, chữa bệnh:

Điện thoại:………………Số Fax: …………………Email (nếu có):

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: ……………………………………….. gửi kèm theo đơn này 01 bộ hồ sơ bao gồm các giấy tờ sau đây:4

(1)…………………………………………………………………..……………………

(2)…………………………………………………………………...…………………

(3)…………………………………………………………………...…………………

……………………………………………………………………...…………………

Kính đề nghị quý cơ quan xem xét và cho phép thực hiện.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ĐẠI DIỆN ĐOÀN5** *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Địa danh

2 Tên cơ quan cấp phép

3 Địa chỉ cụ thể của đoàn khám, cơ sở, cá nhân đề nghị.

4 Liệt kê đầy đủ các giấy tờ, tài liệu nộp kèm theo đơn. Các giấy tờ tài liệu phải đầy đủ và được sắp xếp theo thứ tự quy định tại Nghị định số…../2023/NĐ-CP.

5 Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh lưu động hoặc khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổ chức thì người đứng đầu hoặc người được người đứng đầu ủy quyền của cơ sở đó ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu.

**Mẫu 02 - Danh sách thành viên tham gia khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo hoặc khám bệnh, chữa bệnh lưu động**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  
-----------**

**DANH SÁCH THÀNH VIÊN THAM GIA KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH NHÂN ĐẠO THEO ĐỢT/KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH LƯU ĐỘNG**

1. Tên cá nhân/trưởng đoàn/cơ sở đề nghị:…………………….............………….

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

3. Địa điểm thực hiện khám bệnh, chữa bệnh: ………………...........……………….

4. Danh sách người thực hiện khám:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Số chứng chỉ hành nghề/số giấy phép hành nghề** | **Phạm vi hành nghề** | **Vị trí chuyên môn1** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

5. Danh sách đăng ký người làm việc2:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Văn bằng chuyên môn** | **Thời gian đăng ký khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo/ khám bệnh, chữa bệnh lưu động2** | **Vị trí làm việc3** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *…………4…………, ngày … tháng …. năm ….* **ĐẠI DIỆN ĐOÀN5** *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Ghi cụ thể chức danh, vị trí chuyên môn được phân công đảm nhiệm.

2 Ghi danh sách người tham gia khám bệnh chữa bệnh nhưng không thuộc diện cấp giấy phép hành nghề.

3 Ghi cụ thể chức danh, vị trí làm việc được phân công đảm nhiệm.

4 Địa danh.

5 Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh lưu động hoặc khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổ chức thì người đứng đầu hoặc người được người đứng đầu ủy quyền của cơ sở đó ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu.

**Mẫu 03 - Kế hoạch tổ chức khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo/khám bệnh, chữa bệnh lưu động**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  
-----------**

*…………, ngày … tháng …. năm ….*

**KẾ HOẠCH**  
**KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH NHÂN ĐẠO/ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH LƯU ĐỘNG**

**PHẦN I. THÔNG TIN CHUNG**

- Địa điểm thực hiện khám bệnh, chữa bệnh:…………..……1………............…..

- Thời gian: từ (ngày/tháng/năm) đến (ngày/tháng/năm):.............................................

- Dự kiến số lượng người bệnh được khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo:..........................

- Tổng kinh phí dự kiến hỗ trợ cho đợt khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo:.......................

- Nguồn kinh phí: ……………………..…2………………..........................……….

**PHẦN II. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG CHUYÊN MÔN, DANH MỤC KỸ THUẬT**

1. Phạm vi hoạt động chuyên môn:

2. Danh mục kỹ thuật:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Thứ tự kỹ thuật theo danh mục của Bộ Y tế** | **Tên kỹ thuật** | **Ghi chú** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| .... |  |  |  |
|  |  |  |  |

**PHẦN III. DANH MỤC THUỐC VÀ THIẾT BỊ Y TẾ**

1. Danh mục thuốc:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên hoạt chất (nồng độ/ hàm lượng)** | **Tên thương mại** | **Đơn vị tính** | **Số lượng** | **Nơi sản xuất** | **Số đăng ký** | **Hạn sử dụng** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

2. Danh mục thiết bị y tế:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên thiết bị** | **Ký hiệu thiết bị (Model)** | **Nước sản xuất** | **Năm sản xuất** | **Tình trạng hoạt động của thiết bị** | **Số lượng** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *…………, ngày …. tháng ....năm …* **ĐẠI DIỆN ĐOÀN3** *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Địa danh.

2 Nêu rõ nguồn kinh phí thực hiện.

3 Trường hợp khám bệnh, chữa bệnh lưu động hoặc khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo do cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tổ chức thì người đứng đầu hoặc người được người đứng đầu ủy quyền của cơ sở đó ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu.