

**Phụ lục VI**  
**MẪU PHIẾU CHUYỂN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**  
**BẢO HIỂM Y TẾ**

(Ban hành kèm theo Thông tư số /2025/TT-BYT ngày tháng năm 2025  
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CƠ QUAN CHỦ  
QUẢN (BYT/SYT..)  
TÊN CƠ SỞ KCB

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

Số hồ sơ: .....  
Vào sổ chuyển cơ  
sở KCB số: ...

Số: ...../20.../PCCSKBCB

**PHIẾU CHUYỂN CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ**

Kính gửi: .....

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: ..... trân trọng giới thiệu:

- Họ và tên người bệnh:.....

- Nam/Nữ: ..... Năm sinh: .....

- Địa chỉ: .....

.....

- Dân tộc: ..... Quốc tịch: .....

- Nghề nghiệp: ..... Nơi làm việc .....

- Số thẻ bảo hiểm y tế: .....

- Thời hạn sử dụng của thẻ bảo hiểm y tế đến ngày..... tháng..... năm.....

Hết thời hạn:  Không xác định được thời hạn:

- Đã được khám bệnh, điều trị:

+ Tại: ..... (Cấp.....) từ ngày ..... tháng ..... năm ... đến  
ngày ..... tháng ..... năm ....

+ Tại: ..... (Cấp.....) từ ngày ..... tháng ..... năm ... đến  
ngày ..... tháng ..... năm ....

**TÓM TẮT BỆNH ÁN**

- Tóm tắt dấu hiệu lâm sàng: .....

.....

.....

- Tóm tắt kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng chính có giá trị chẩn đoán, theo dõi điều trị

.....

- Chẩn đoán: (bệnh chính).....

.....

.....

- Phương pháp, thủ thuật đã thực hiện (nếu có)

.....  
.....

Thời gian bắt đầu thực hiện: .....giờ.....phút.....ngày .....tháng .....năm.....

Thời gian kết thúc thực hiện: .....giờ.....phút.....ngày .....tháng .....năm.....

- Kỹ thuật, thuốc điều trị chính đã sử dụng\*:

.....  
.....

- Tình trạng người bệnh lúc chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:.....

.....

- Lí do chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: Khoanh tròn vào mục 1 hoặc 2 lý do chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trường hợp chọn mục 1, đánh dấu (X) vào ô tương ứng.

(1) Đủ điều kiện chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh:

a) Phù hợp với quy định chuyển cấp chuyên môn kỹ thuật (\*\*):

b) Không phù hợp với khả năng đáp ứng của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

(2) Theo yêu cầu của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh.

- Hướng điều trị: .....

.....

- Chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hồi: ... giờ ... phút, ngày ... tháng ... năm

- Trường hợp chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giá trị trong 01 năm: (có/không)\*\*\*

- Phương tiện vận chuyển: .....

- Họ tên, chức danh, trình độ chuyên môn của người hộ tống (nếu có): .....

.....  
.....

Ngày ... tháng ... năm ...  
**ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KCB/BS ĐIỀU TRỊ**  
(Ký tên, đóng dấu)

**Ghi chú:**

(\*) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có thể ghi tóm tắt thông tin cơ bản, các nội dung chi tiết có thể gửi kèm theo dữ liệu khám bệnh, chữa bệnh.

(\*\*) Người bệnh đi khám bệnh, chữa bệnh đúng cấp chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh bao gồm được chuyển lên cấp trên hoặc chuyển về cấp dưới hoặc chuyển giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cùng cấp theo quy định của pháp luật.

(\*\*\*) Ghi rõ có hoặc không.

Trường hợp phiếu chuyển cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được hiển thị trên ứng dụng VNeID và có ký số đầy đủ theo quy định thì có giá trị tương đương bản giấy./---