

**PHÒNG KHÁM CHUYÊN KHOA DA LIỄU MEDCARE**  
**ĐƠN VỊ ĐIỀU TRỊ KỸ THUẬT CAO CÁC BỆNH LÝ VỀ DA & THẨM MỸ DA**



🏠 95/36 Bắc Hải, Phường 15, Quận 10, TP.HCM    ☎ 0845 115 115    |    🌐 medcare.com.vn  
🏠 L5-L6 Linden Residences, Empire City, TP.HCM    ☎ 0931 888 115    |    ✉ info@medcare.com.vn

**BẢN ĐỒNG THUẬN ĐIỀU TRỊ**  
(Áp dụng cho Chương trình Điều trị Hỗ trợ cộng đồng)

Kính gửi: **Phòng khám Chuyên khoa Da liễu Medcare**

Tôi tên là ..... Sinh ngày \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Nơi sinh..... Dân tộc..... Giới tính (Nam/ Nữ)  
Nghề nghiệp ..... Nơi công tác.....  
Số CMND hoặc Thẻ Căn Cước Công Dân 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
Ngày cấp \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nơi cấp .....  
Nơi ở hiện tại .....  
Số điện thoại liên lạc:.....

Tôi đã được Bác sĩ thăm khám, tư vấn về tình trạng bệnh, phương pháp điều trị, nguyên tắc về an toàn, cách chăm sóc sau điều trị và những biến chứng không mong muốn có thể xảy ra.

Tôi hiểu rằng hiệu quả và đáp ứng điều trị còn phụ thuộc vào tình trạng bệnh, cơ địa, cách chăm sóc, chế độ sinh hoạt, làm việc, ... của mỗi người.

Tôi đồng ý tham gia **Chương trình Điều trị Hỗ trợ cộng đồng** của Phòng khám Chuyên khoa Da liễu Medcare cũng như tuân thủ các nguyên tắc điều trị. Dữ liệu điều trị sẽ được sử dụng trong công tác đào tạo, truyền thông và nghiên cứu khoa học.

Bản đồng thuận này có hiệu lực kể từ ngày ký./.

....., ngày .....tháng .....năm .....

**Người đồng thuận**  
(Ký, ghi rõ họ tên)