

BỘ Y TẾ  
BỆNH VIỆN NHỊ TRUNG ƯƠNG  
TRUNG TÂM TIM MẠCH TRẺ EM

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

**GIẤY BÁO DỰ TRÙ CHI PHÍ PHẪU THUẬT**

Thông báo tới gia đình bệnh nhân: ...*Tùng Hải Minh*...*phòng*.....

Ngày sinh: .....*2012*.....MSBN: ...*190513071*.....

Địa chỉ : .....*Hà Nội*.....*Vĩnh Phúc - Hải Phòng*.....

Điện thoại: ...*0396 312076 / 0396 060598*.....

Chẩn đoán: .....*FBK type c*.....*W.P.W*.....

Chỉ định phẫu thuật: ...*lấy sỏi vào*.....*36*.....*1*.....*BC PS*.....

Dự kiến thời gian phẫu thuật: .....*T.6/2020*.....

Chi phí cần hỗ trợ dự kiến: ...*40,000,000*..... đồng.

(Bằng chữ: ...*chính sách*.....*tiền*.....*đồng*.....)

Vậy kính thông báo cho gia đình bệnh nhân cùng các cơ quan, tổ chức được biết để chuẩn bị.

Hà Nội, ngày *27* tháng *11* năm 2019

**Trung Tâm Tim Mạch Trẻ em**



TS.BS. *Lê Hồng Quang*