# CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

ảnh

3x4

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

# ĐƠN ĐỀ NGHỊ BỔ NHIỆM LẠI CÔNG CHỨNG VIÊN

# Kính gửi: Bộ trưởng Bộ Tư pháp

Tên tôi là: .................................. Nam, nữ: ................ Sinh ngày: ......../......./..............................

Chứng minh nhân dân/Hộ chiếu/Căn cước công dân số: .............................................................

Ngày cấp: ........../........../................ Nơi cấp: ..............................................................................

Nơi đăng ký hộ khẩu thường trú: ................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Chỗ ở hiện nay: ............................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Điện thoại: ..................................... Email (nếu có): ....................................................................

Đã được bổ nhiệm công chứng viên theo Quyết định số: ................................. ngày ......./......./......... của ………………….; miễn nhiệm công chứng viên theo Quyết định số: ......................... ngày ....../....../......... của..…………......................

Tôi làm Đơn này đề nghị được bổ nhiệm lại công chứng viên. Tôi cam đoan tuân thủ các nguyên tắc hành nghề công chứng, thực hiện đầy đủ các nghĩa vụ, trách nhiệm của công chứng viên theo quy định của pháp luật.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Tỉnh (thành phố)...., ngày.......tháng......năm......***Người đề nghị***(ký và ghi rõ họ tên)* |

 **MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN**

*(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013*

*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| ...........[[1]](#footnote-1).....................[[2]](#footnote-2)..........Số: /GKSK-....[[3]](#footnote-3)..... | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

**GIẤY KHÁM SỨC KHỎE**

Họ và tên *(chữ in hoa)*: ………….………………………...…....………

Ảnh

(4 x 6cm)

Giới:          Nam □      Nữ □       Tuổi:...............................

Số CMND hoặc Hộ chiếu: .........................cấp ngày....../..../............tại………………………

Chỗ ở hiện tại:…………………………………….......................……......………………….................…...………

Lý do khám sức khỏe:...............................................................................

**TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE**

**1. Tiền sử gia đình:**

 Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác: a) Không □; b) Có □; Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:..................................................................................

**2. Tiền sử bản thân:** Ông (bà) đã/đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không: Bệnh truyền nhiễm, bệnh tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác: a) Không □; b) Có □

Nếu “có”, đề nghị ghi cụ thể tên bệnh: ……………………………................…………………………

**3. Câu hỏi khác (nếu có):**

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………..…………..………

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ): …………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
|  Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi. | *................. ngày .......... tháng.........năm....*.........*...***Người đề nghị khám sức khỏe***(Ký và ghi rõ họ, tên)* |

**I. KHÁM THỂ LỰC**

Chiều cao:  ...............................cm; Cân nặng: ........................ kg;   Chỉ số BMI: ..............................

Mạch: ........................lần/phút; Huyết áp:.................... /..................... mmHg

Phân loại thể lực:..............................................................................................................................................................

**II. KHÁM LÂM SÀNG**

| **Nội dung khám** | **Họ tên, chữ ký của Bác sỹ** |
| --- | --- |
| **1. Nội khoa**a) Tuần hoàn: ...................................................................... Phân loại .............................................................................b) Hô hấp: ............................................................................ Phân loại .............................................................................c) Tiêu hóa: ......................................................................... Phân loại ............................................................................. d) Thận-Tiết niệu: .............................................................. Phân loại ............................................................................đ) Cơ-xương-khớp: ........................................................... Phân loại .............................................................................e) Thần kinh: ...................................................................... Phân loại ............................................................................g) Tâm thần: ....................................................................... Phân loại ...........................................................................**2. Ngoại khoa:** .................................................................. Phân loại ............................................................................**3. Sản phụ khoa:**  ............................................................ Phân loại ............................................................................**4. Mắt:** - Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải:............. Mắt trái: ....................Có kính:        Mắt phải: ............. Mắt trái: ....................- Các bệnh về mắt (nếu có): ..........................................- Phân loại: ...........................................................................**5. Tai-Mũi-Họng**- Kết quả khám thính lực: Tai trái:  Nói thường:.......................... ;   Nói thầm:.............................mTai phải: Nói thường:.......................... m;     Nói thầm:.............................m- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):……..................- Phân loại: ..........................................................................**6. Răng-Hàm-Mặt**- Kết quả khám: + Hàm trên:................................... + Hàm dưới:.................................- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)...............- Phân loại:............................................................................**7. Da liễu:** ........................................................................... Phân loại:.............................................................................. | ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

**III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG**

| **Nội dung khám** | **Họ tên, chữ ký****của Bác sỹ** |
| --- | --- |
| **1. Xét nghiệm máu:**a) Công thức máu: Số lượng HC: ..............................................................................  Số lượng Bạch cầu: ................................................................... Số lượng Tiểu cầu:........................................................................b) Sinh hóa máu: Đường máu: ................................................................................... Urê:..................................................................... Creatinin:......................................................... ASAT (GOT):.......................................... ALAT (GPT): .......................................c) Khác (nếu có):............................................................................................................. | ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| **2. Xét nghiệm nước tiểu:**a) Đường: .............................................................................................................................b) Prôtêin: ..............................................................................................................c) Khác (nếu có): ............................................................................................................ | ................................................................................................................................................ |
| **3. Chẩn đoán hình ảnh:** .................................................................................................................................................................................................................................... | ................................................................................................ |

**IV. KẾT LUẬN**

**1. Phân loại sức khỏe:**.....................................................[[4]](#footnote-4).................................................................................. ............

**2. Các bệnh, tật (nếu có):** ............................................[[5]](#footnote-5)...............................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | *…………………ngày…… tháng……… năm.................*  **NGƯỜI KẾT LUẬN** |

1. Tên cơ quan chủ quản của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-1)
2. Tên của cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-2)
3. Chữ viết tắt tên cơ sở khám sức khỏe [↑](#footnote-ref-3)
4. Phân loại sức khỏe theo quy định tại Quyết định số 1613/BYT - QĐ hoặc phân loại sức khỏe theo quy định của bộ tiêu chuẩn sức khỏe chuyên ngành đối với trường hợp khám sức khỏe chuyên ngành [↑](#footnote-ref-4)
5. Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh [↑](#footnote-ref-5)