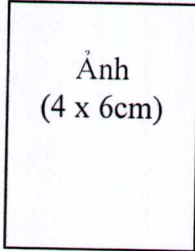


Số: /GKSK - BVTT

## GIẤY KHÁM SỨC KHỎE



Họ và tên (chữ in hoa): .....

Giới: Nam  Nữ  Tuổi:.....

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

tại.....

Chỗ ở hiện tại:.....

Lý do khám sức khỏe ( mục đích khám sức khỏe tâm thần ): .....

### 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 hoặc người nhà của người bệnh

(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 CHUYÊN KHOA TÂM THẦN**

**A. TÓM TẮT BỆNH SỬ:**

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

**B. KHÁM**

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Biểu hiện chung: ..... 2. Ý thức: ..... 3. Định hướng lực: - Không gian:..... - Thời gian:..... - Xung quanh:..... - Bản thân:..... 4. Cảm xúc:..... 5. Tri giác:..... 6. Tư duy: - Hình thức:..... - Nội dung: ..... 7. Hành vi, tác phong: - Hoạt động có ý chí:..... - Hoạt động bản năng:..... 8. Trí nhớ:..... 9. Trí năng:..... 10. Chú ý:..... 11. Chẩn đoán tâm thần hiện tại:..... .....	

**C. TRẮC NGHIỆM TÂM LÝ**

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Cử Nhân Tâm Lý
Test đo trí tuệ Kent: ..... ..... Test Beck:..... ..... Test Zung:..... .....	..... ..... ..... ..... .....

### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

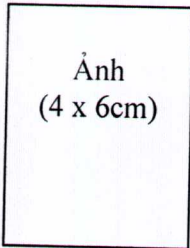
Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ, Cử Nhân Xét Nghiệm
Đo điện não ( EEG ), lưu huyết não ( REG ), xét nghiệm sinh hóa/ huyết học/ Xquang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ: Kết quả: 1. Điện não đồ: ..... 2. Lưu huyết não: ..... 3. X.Quang: ..... 4. Xét nghiệm sinh hóa: ..... 5. Xét nghiệm huyết học: ..... 6. Các xét nghiệm khác: .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

### IV. KẾT LUẬN CHUNG

Tình trạng sức khỏe tâm thần: .....  
.....  
.....

Châu Đức, ngày..... tháng..... năm.....  
**NGƯỜI KẾT LUẬN**  
(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

## GIẤY KHÁM SỨC KHỎE



Ảnh  
(4 x 6cm)

Họ và tên (chữ in hoa): .....

Giới: Nam  Nữ  Tuổi: .....

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

Tại: .....

Chỗ ở hiện tại: .....

.....

Lý do khám sức khỏe ( mục đích khám sức khỏe tâm thần ):

.....

### TIỀN SỬ BỆNH TẬT

#### 1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình ( ông, bà, bố, mẹ, anh chị em) mắc các bệnh bẩm sinh hoặc truyền nhiễm: Không  Có

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

#### 2. Tiền sử bản thân:

a) Sản khoa:

- Bình thường.

- Không bình thường: Đẻ thiếu tháng; Đẻ thừa tháng; Đẻ có can thiệp; Đẻ ngạt, Mẹ bị bệnh trong thời kỳ mang thai (nếu có cần ghi rõ tên bệnh):.....

b) Tiêm chủng:

STT	Loại vắc xin	Tình trạng tiêm/uống vắc xin		
		Có	Không	Không nhớ rõ
1	BCG			
2	Bạch hầu, ho gà, uốn ván			
3	Sởi			
4	Bại liệt			
5	Viêm não Nhật Bản B			
6	Viêm gan B			
7	Các loại khác			

c) Tiền sử bệnh/tật: (các bệnh bẩm sinh và mạn tính): Không  Có

Nếu “có”, ghi cụ thể tên bệnh:.....

d) Hiện tại có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, ghi rõ tên bệnh và liệt kê các thuốc đang dùng:.....

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

Châu Đức, ngày ..... tháng.....năm.....

Người đề nghị khám sức khỏe  
(hoặc Cha/mẹ hoặc người giám hộ)  
(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 CHUYÊN KHOA TÂM THẦN**

**A. TÓM TẮT BỆNH SỬ:**

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

**B. KHÁM**

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Biểu hiện chung: .....	
2. Ý thức: .....	
3. Định hướng lực:	
- Không gian:.....	
- Thời gian:.....	
- Xung quanh:.....	
- Bản thân:.....	
4. Cảm xúc:.....	
5. Tri giác:.....	
6. Tư duy:	
- Hình thức:.....	
- Nội dung: .....	
7. Hành vi, tác phong:	
- Hoạt động có ý chí:.....	
- Hoạt động bản năng:.....	
8. Trí nhớ:.....	
9. Trí năng:.....	
10. Chú ý:.....	
11. Chẩn đoán tâm thần hiện tại:.....	
.....	
.....	

### C. TRẮC NGHIỆM TÂM LÝ

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Cử Nhân Tâm Lý
Test đo trí tuệ Kent:.....	.....
.....	.....
Test Beck:.....	.....
.....	.....
Test Zung:.....	.....
.....	.....

### III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ, Cử Nhân Xét nghiệm
Đo điện não ( EEG ), lưu huyết não ( REG ), xét nghiệm sinh hóa/huyết học/Xquang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ:	
1. Điện não đồ: .....	.....
2. Lưu huyết não: .....	.....
3. X.Quang: .....	.....
4. Xét nghiệm sinh hóa: .....	.....
5. Xét nghiệm huyết học: .....	.....
6. Các xét nghiệm khác: .....	.....

### IV. KẾT LUẬN CHUNG

Tình trạng sức khỏe tâm thần: .....

.....

.....

Châu Đức, ngày..... tháng..... năm.....

**NGƯỜI KẾT LUẬN**

(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

### 9. Thủ tục Cung cấp thông tin chi phí khám chữa bệnh

#### - Trình tự thực hiện:

**Bước 1.** Bệnh nhân, thân nhân bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp của bệnh nhân nộp giấy tờ cung cấp thông tin tại Bệnh viện Tâm thần.

**Bước 2.** Trong phạm vi 01 ngày làm việc, kể từ khi nhận được hồ sơ hợp lệ, bệnh viện phải trả bảng kê chi tiết chi phí khám chữa bệnh cho người dân.

Trường hợp cần phải xác minh, thì thời hạn xác minh không được quá 02 ngày làm việc.

**Bước 3.** Trả kết quả bảng kê chi tiết chi phí khám chữa bệnh cho người dân tại bộ phận tiếp nhận và trả kết quả của bệnh viện.

- **Thời gian tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả:** Các ngày làm việc trong tuần từ thứ 2 đến thứ 6 (*Sáng từ 7 giờ 00 đến 11 giờ 00, chiều từ 13 giờ 30 đến 16 giờ 00*), trừ các ngày lễ.

- **Cách thức thực hiện:** Gửi qua đường bưu điện hoặc nộp trực tiếp tại bệnh viện.

- **Thành phần hồ sơ:**

+ Đơn xin xác nhận bệnh nhân đã thanh toán viện phí theo mẫu của bệnh viện.

- **Số lượng hồ sơ:** 01 (bộ)

- **Thời hạn giải quyết:** Trong thời hạn 01 ngày làm việc.

- **Đối tượng thực hiện:** Người bệnh hoặc người thân của người bệnh.

- **Cơ quan thực hiện:** Bệnh viện Tâm thần

- **Kết quả thực hiện:** Bảng kê chi tiết chi phí khám chữa bệnh

- **Lệ phí:** Không có

- **Tên mẫu đơn, tờ khai:** Không có

- **Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính:** Không có.

- **Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:**

+ Khoản 2, điều 11 của Luật khám chữa bệnh 2009.

Sở Y tế tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu  
 BỆNH VIỆN TÂM THẦN BÀ Rịa

Khoa: .....

Mã khoa: .....

Mẫu số: 01/KBCB

Mã số người bệnh:

Số khám bệnh:




**BẢNG KÊ CHI PHÍ KHÁM BỆNH**

**I. Phần Hành chính:**

(1) Họ tên người bệnh: .....; Ngày, tháng, năm sinh: .../.../.....; Giới tính: .....

(2) Địa chỉ hiện tại: .....

(3) Mã khu vực (K1/K2/K3)

4) Mã thẻ BHYT:

Giá trị từ .../.../..... đến .../.../.....

(5) Nơi ĐK KCB ban đầu: .....

(6) Mã

(7) Đến khám: ..... giờ..... phút, ngày .../.../.....

(8) Điều trị ngoại trú/ nội trú từ: ..... giờ ..... phút, ngày .../.../.....

(9) Kết thúc khám/ điều trị: ..... giờ ..... phút, ngày .../.../.....

Tổng số ngày điều trị: .... (10) Tình trạng ra viện

(11) Cấp cứu  (12) Đúng tuyến  Nơi chuyển đến từ: ..... Nơi chuyển đi:.....; (13) Thông tuyến  (14) Trái tuyến

(15) Chẩn đoán xác định:.....; (16) Mã bệnh

(17) Bệnh kèm theo: .....

(18) Mã bệnh kèm theo

(19) Thời điểm đủ 05 năm liên tục từ ngày: ...../...../.....; (20) Miễn cùng chi trả trong năm từ ngày: ...../...../.....

**II. Phần Chi phí khám bệnh, chữa bệnh: (Mỗi mã thẻ BHYT thống kê phần chi khi khám bệnh, chữa bệnh phát sinh tương ứng theo mã thẻ đó)**

Mã thẻ BHYT:

Giá trị từ .../.../..... đến .../.../.....

Mức hưởng

(Chi phí KBCB tính từ ngày.../.../... đến ngày.../.../...)

Nội dung	Đơn vị tính	Số lượng	Đơn giá BV (đồng)	Đơn giá BH (đồng)	Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ (%)	Thành tiền BV (Đồng)	Tỷ lệ thanh toán BHYT (%)	Thành tiền BH (đồng)	Nguồn thanh toán (đồng)			
									Quỹ BHYT	Người bệnh cùng chi trả	Khác	Người bệnh tự trả
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
<b>1. Khám bệnh:</b>												
<b>2. Ngày giường:</b>												



<b>9. Vật tư y tế:</b> (Vật tư y tế chưa bao gồm với dịch vụ kỹ thuật nào, Ví dụ: Bơm cho ăn 50ml, dây truyền dịch...)											
<b>10. Gói vật tư y tế:</b> (Các vật tư y tế đi kèm trong một lần thực hiện dịch vụ kỹ thuật, không ghi các vật tư y tế đã tính kết cấu trong giá dịch vụ kỹ thuật đó)											
<b>10.1. Gói vật tư y tế 1</b> (Ghi kèm theo tên dịch vụ kỹ thuật thực hiện)											
- Tên VTYT 1											
- Tên VTYT 2											
<b>10.2. Gói vật tư y tế 2</b> (Ghi kèm theo tên dịch vụ kỹ thuật thực hiện)											
- Tên VTYT 1											
- Tên VTYT 2											
<b>10.n. Gói vật tư y tế n</b> (Ghi kèm theo tên dịch vụ kỹ thuật thực hiện)											
- Tên VTYT 1											
- Tên VTYT 2											
<b>11. Vận chuyển người bệnh:</b>											
<b>12. Dịch vụ khác:</b>											
<b>Cộng:</b>											

Tổng chi phí lần khám bệnh/cả đợt điều trị (làm tròn đến đơn vị đồng): ..... đồng

(Viết bằng chữ: .....)

**Trong đó, số tiền do:**

- Quỹ BHYT thanh toán: .....

- Người bệnh trả, trong đó: .....

+ Cùng trả trong phạm vi BHYT: .....

+ Các khoản phải trả khác: .....  
- Nguồn khác: .....

**NGƯỜI LẬP BẢNG KÊ**  
(ký, ghi rõ họ tên)

*Ngày.... tháng... năm...*  
**KÊ TOÁN VIỆN PHÍ**  
(ký, ghi rõ họ tên)

**XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI BỆNH**  
(ký, ghi rõ họ tên)  
(Tôi đã nhận ... phim ...  
Xquang/CT/MRI)

*Ngày.... tháng.... năm ...*  
**GIÁM ĐỊNH BHYT**  
(ký, ghi rõ họ tên)

Sở Y tế tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu

BỆNH VIỆN TÂM THẦN BÀ RIJA

Khoa: .....

Mã khoa: .....

Mẫu số: 01/KBCB

Mã số người bệnh:

Số khám bệnh:



**BẢNG KÊ CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ**

**I. Phần Hành chính:**

(1) Họ tên người bệnh: .....; Ngày, tháng, năm sinh: .../.../.....; Giới tính: .....

(2) Địa chỉ hiện tại: .....

(3) Mã khu vực (K1/K2/K3)

4) Mã thẻ BHYT:

Giá trị từ .../.../..... đến .../.../.....

(5) Nơi ĐK KCB ban đầu: .....

(6) Mã

(7) Đến khám: ..... giờ..... phút, ngày .../.../.....

(8) Điều trị ngoại trú/ nội trú từ: ..... giờ ..... phút, ngày .../.../.....

(9) Kết thúc khám/ điều trị: ..... giờ ..... phút, ngày .../.../.....

Tổng số ngày điều trị: ..... (10) Tình trạng ra viện

(11) Cấp cứu  (12) Đúng tuyến  Nơi chuyển đến từ: ..... Nơi chuyển đi:.....; (13) Thông tuyến  (14) Trái tuyến

(15) Chẩn đoán xác định: .....

(16) Mã bệnh

(17) Bệnh kèm theo: .....

(18) Mã bệnh kèm theo

(19) Thời điểm đủ 05 năm liên tục từ ngày: ...../...../.....; (20) Miễn cùng chi trả trong năm từ ngày: ...../...../.....

**II. Phần Chi phí khám bệnh, chữa bệnh: (Mỗi mã thẻ BHYT thống kê phần chi khi khám bệnh, chữa bệnh phát sinh tương ứng theo mã thẻ đó)**

Mã thẻ BHYT:

Giá trị từ .../.../..... đến .../.../.....

Mức hưởng

(Chi phí KBCB tính từ ngày.../.../... đến ngày.../.../...)

Nội dung	Đơn vị tính	Số lượng	Đơn giá BV (đồng)	Đơn giá BH (đồng)	Tỷ lệ thanh toán theo dịch vụ (%)	Thành tiền BV (Đồng)	Tỷ lệ thanh toán BHYT (%)	Thành tiền BH (đồng)	Nguồn thanh toán (đồng)			
									Quỹ BHYT	Người bệnh cùng chi trả	Khác	Người bệnh tự trả
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
<b>1. Khám bệnh:</b>												
<b>2. Ngày giường:</b>												





+ Các khoản phải trả khác: .....

- Nguồn khác: .....

**NGƯỜI LẬP BẢNG KÊ**  
(ký, ghi rõ họ tên)

Ngày... tháng... năm...  
**KÊ TOÁN VIỆN PHÍ**  
(ký, ghi rõ họ tên)

**XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI BỆNH**  
(ký, ghi rõ họ tên)  
(Tôi đã nhận ... phim ...  
Xquang/CT/MRI)

Ngày... tháng... năm ...  
**GIÁM ĐỊNH BHYT**  
(ký, ghi rõ họ tên)

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

\*\*\*\*\*

**ĐƠN XIN XÁC NHẬN**  
**(Về việc Cung cấp thông tin chi phí khám chữa bệnh)**

**Kính gửi** : - Giám Đốc Bệnh viện Tâm thần tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu  
- Phòng tài chính kế toán Bệnh viện Tâm thần

Tôi tên là:.....

Sinh năm: .....

Địa chỉ: .....

Là ..... của bệnh nhân: .....

Sinh năm: .....

Địa chỉ: .....

Vào ngày ..... có nhập viện tại khoa .....

Ngày ..... tôi có thanh toán tiền.....  
tại bệnh viện với số tiền là: .....đồng.

( Bằng chữ: ..... )

Nay tôi làm đơn này xin Bệnh viện Tâm thần cho tôi bảng kê thanh toán chi phí khám chữa bệnh để tôi bổ túc hồ sơ .....

Tôi xin chân thành cảm ơn.

*Châu Đức, ngày ..... tháng ..... năm 20.....*

**Kính đơn**

## **10. Thủ tục Xác nhận bệnh nhân đã thanh toán viện phí**

### **- Trình tự thực hiện:**

**Bước 1.** Bệnh nhân, thân nhân bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp của bệnh nhân nộp đơn xác nhận bệnh nhân đã thanh toán viện phí tại Bệnh viện Tâm thần.

**Bước 2.** Trong phạm vi 01 ngày làm việc, kể từ khi nhận được hồ sơ hợp lệ, bệnh viện phải trả kết quả xác nhận bệnh nhân đã thanh toán viện phí cho người dân.

Trường hợp cần phải xác minh, thì thời hạn xác minh không được quá 04 ngày làm việc.

**Bước 3.** Trả kết quả xác nhận bệnh nhân có khám bệnh và điều trị cho người dân tại bộ phận tiếp nhận và trả kết quả của bệnh viện.

- **Thời gian tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả:** Các ngày làm việc trong tuần từ thứ 2 đến thứ 6 *Sáng từ 7 giờ 00 đến 11 giờ 00, chiều từ 13 giờ 30 đến 16 giờ 00*), trừ các ngày lễ.

- **Cách thức thực hiện:** Gửi qua đường bưu điện hoặc nộp trực tiếp tại bệnh viện.

### **- Thành phần hồ sơ:**

+ Đơn xin xác nhận bệnh nhân đã thanh toán viện phí theo mẫu của bệnh viện.

- **Số lượng hồ sơ:** 01 (bộ)

- **Thời hạn giải quyết:** Trong thời hạn 01 ngày làm việc.

- **Đối tượng thực hiện:** Người bệnh hoặc người thân của người bệnh.

- **Cơ quan thực hiện:** Bệnh viện Tâm thần

- **Kết quả thực hiện:** Giấy xác nhận bệnh nhân đã thanh toán viện phí

- **Lệ phí:** Không có

- **Tên mẫu đơn, tờ khai:** Không có

- **Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính:** Không có.

- **Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:** Điều 11 của Luật khám chữa bệnh 2009.

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

\*\*\*\*\*

**ĐƠN XIN XÁC NHẬN**  
**(Về việc đã thanh toán viện phí)**

**Kính gửi** : - Giám Đốc Bệnh viện Tâm thần tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu  
- Phòng tài chính kế toán Bệnh viện Tâm thần

Tôi tên là:..... Sinh năm.....

Địa chỉ: .....

Là ..... của bệnh nhân: .....

Sinh năm: .....

Địa chỉ: .....

Vào ngày ..... có nhập viện tại khoa .....

Ngày ..... tôi có thanh toán tiền.....

tại bệnh viện với số tiền là: ..... đồng.

( Bằng chữ: ..... )

Nay tôi làm đơn này xin Bệnh viện Tâm thần xác nhận cho tôi đã đóng số tiền trên để tôi bổ túc hồ sơ .....

Tôi xin chân thành cảm ơn.

*Châu Đức, ngày ..... tháng ..... năm 20.....*

**Kính đơn**

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

\*\*\*\*\*

**GIẤY XÁC NHẬN**  
(Về việc đã thanh toán viện phí)

Họ và tên:..... Sinh năm.....

Địa chỉ: .....

Là ..... của bệnh nhân (khám hoặc điều trị tại khoa, phòng): .....

Ngày ..... có thanh toán tiền..... tại  
bệnh viện với số tiền là: .....đồng.

( Bằng chữ: ..... )

Nay Bệnh viện Tâm thần xác nhận bệnh nhân hoặc thân nhân bệnh nhân  
..... đã đóng số tiền trên.

*Châu Đức, ngày ..... tháng ..... năm 20.....*

**Kế toán viện phí**

**TP. Kế toán**

**Giám đốc**

**II. LĨNH VỰC KHIẾU NẠI, TỐ CÁO:**

**11. GIẢI QUYẾT KIẾN NGHỊ, PHẢN ÁNH CỦA TỔ CHỨC, CÁ NHÂN.**

**- Trình tự thực hiện:**

**Bước 1.** Tổ chức, cá nhân chuẩn bị hồ sơ kiến nghị, phản ánh.

**Bước 2.** Nộp hồ sơ tại Bộ phận tiếp nhận và trả kết quả thuộc bệnh viện Tâm thần tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu.

**Bước 3.** Trong phạm vi 30 ngày làm việc, kể từ khi nhận được hồ sơ hợp lệ, bệnh viện phải trả kết quả bằng văn bản cho người dân.

**Bước 4.** Trả kết quả văn bản trả lời kiến nghị, phản ánh cho người dân qua bưu điện.

Trường hợp không có địa chỉ cụ thể, người dân nhận kết quả trực tiếp tại bộ phận tiếp nhận và trả kết quả của bệnh viện Tâm thần tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu.

**- Thời gian tiếp nhận hồ sơ và trả kết quả:** Các ngày làm việc trong tuần từ thứ 2 đến thứ 6 (Sáng từ 7 giờ 00 đến 11 giờ 30, chiều từ 13 giờ 30 đến 17 giờ 00), trừ các ngày lễ.

- **Cách thức thực hiện:** Gửi qua đường bưu điện hoặc nộp trực tiếp.
- **Thành phần hồ sơ:**
  - + Đơn phản ánh khiếu nại, phản ánh.
  - + Bằng chứng liên quan đến nội dung kiến nghị, phản ánh. (Nếu có)
- **Số lượng hồ sơ:** 01 (bộ).
- **Thời hạn giải quyết:** Trong thời hạn 30 ngày làm việc.
- **Đối tượng thực hiện:** Tổ chức, cá nhân.
- **Cơ quan thực hiện:** Bệnh viện Tâm thần tỉnh Bà Rịa-Vũng Tàu.
- **Kết quả thực hiện:** Văn bản trả lời kiến nghị, phản ánh.
- **Lệ phí:** không có.
- **Tên mẫu đơn, tờ khai:** không có.
- **Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính:** Không có.
- **Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính:**
  - + Luật Khiếu nại số 02/2011/QH13
  - Nghị định 75/2012/NĐ-CP hướng dẫn Luật khiếu nại
  - Thông tư số 04/2013/TT-TTCP Quy định thẩm quyền, nội dung thanh tra trách nhiệm thực hiện pháp luật về khiếu nại
  - Thông tư số 07/2013/TT-TTCP Quy định quy trình giải quyết khiếu nại hành chính;
  - Nghị định số 64/2014/NĐ-CP ngày 26 tháng 6 năm 2014 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Tiếp công dân;
  - Thông tư số 06/2014/TT-TTCP ngày 31 tháng 10 năm 2014 của Tổng Thanh tra Chính phủ quy định quy trình tiếp công dân;
  - + Luật Tố cáo năm 2018