#### Mẫu số 40

|  |  |
| --- | --- |
| ………………  **TÊN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Số: …../GCĐ-…. | *…, ngày … tháng … năm …* |

**GIẤY KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH**

**Sử dụng phương tiện trợ giúp, dụng cụ chỉnh hình, phương tiện,**

**thiết bị phục hồi chức năng**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ông (bà):

Ngày tháng năm sinh: Nam/Nữ:

CCCD/CMND số: Ngày cấp Nơi cấp

Nơi thường trú:

Đang hưởng trợ cấp:

Tỷ lệ tổn thương cơ thể (nếu có) …..% *(Bằng chữ:……………………….)*

Tình trạng thương tật/bệnh tật:

Với tình trạng thương tật/bệnh tật hiện tại thì Ông (bà)................................ cần phải sử dụng phương tiện trợ giúp, dụng cụ chỉnh hình, phương tiện, thiết bị phục hồi chức năng như sau:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Số TT** | **Loại phương tiện trợ giúp, dụng cụ chỉnh hình, phương tiện, thiết bị phục hồi chức năng** | | |
| 1 |  | | |
| 2 |  | | |
| … |  | | |
| *…, ngày ... tháng ... năm ...*  **NGƯỜI CHỈ ĐỊNH**  *(Ký, ghi rõ họ và tên)* | | | *..., ngày ... tháng ... năm ...*  **THỦ TRƯỞNG CƠ QUAN, ĐƠN VỊ**  *(Chữ ký, dấu)*  **Họ và tên** |

#### 