**Mẫu số 11. Thông báo tiếp nhận điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế**

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

**---------------**

*….1……, ngày ……..tháng..... năm………*

**THÔNG BÁO TIẾP NHẬN ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN BẰNG THUỐC THAY THẾ**

Kính gửi: ……..2……..

Cơ sở điều trị:............................................ 3.................................................................

Địa chỉ:.........................................................................................................................

Thông báo tiếp nhận điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế đối với:

Ông (bà):.......................................................................................................................

Số định danh cá nhân:..................................................................................................

Nơi thường trú:............................................................................................................

Ngày bắt đầu điều trị:...................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **NGƯỜI PHỤ TRÁCH CHUYÊN MÔN***(Ký, ghi rõ họ, tên)* | **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ***(Ký và ghi rõ họ tên, đóng dấu)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Địa danh.

2Ủy ban nhân dân cấp xã nơi người đăng ký tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện cư trú.

3 Ghi rõ tên cơ sở điều trị nơi tiếp nhận người bệnh tham gia điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện.