

PRE-MARITAL EXAMINATION OF MENTAL HEALTH
Kết quả Khám Sức khỏe Tâm thần Tiền Hôn nhân

Part/Phần I: Doctor's Information/Bác sỹ

Full Name:
Họ và tên:
License Number:
Giấy phép hành nghề số:
Name of Institution:
Tên Phòng khám/Bệnh viện:
Address and Tel:
Địa chỉ và điện thoại:

Part/Phần II: Applicant's Information/Đương đơn

Full Name: Mr. Ms.
Họ và tên: Ông Cô
Date of Birth:
Ngày sinh: dd mm yyyy
Address:
Địa chỉ và điện thoại:

Part/Phần III: Results/Kết luận:

Currently, Mr. Ms.
Hiện tại, Ông Cô

- Does NOT suffer from mental illnesses.
Không mắc bệnh tâm thần.
- Has mental problems, but NOT to the extent of losing consciousness of his/her actions;
Mắc bệnh tâm thần, nhưng chưa đến mức không có khả năng nhận thức được hành vi của mình;
- Has a mental illness and is not capable of being conscious of his/her actions.
Mắc bệnh tâm thần, không có khả năng nhận thức được hành vi của mình.

Part/Phần IV: Attachments/Đính kèm

Mental Assessment Others/Khác

Date of Examination:
Ngày khám:

Signature of Doctor:
Bác sỹ ký tên:

Full Name in Print:
Ghi đầy đủ họ tên: