**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: . . . . . . . . . . . . *. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .* . . . . . . . . . .

*Ðịa chỉ và số điện thoại*

**Part/Phần II: Applicant’s Information/Ðương đơn**

Full Name: \_ Mr. \_ Ms. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . *. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Họ và tên: Ông Cô*

Date of Birth: . . . . . . . . . . . . *. . . . . . . . . . . . . . . . . .* . . . . . . . . . . . . . . . . . . *. . . . . . . . .*

*Ngày sinh: dd mm yyyy*

Address and Tel: *. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Ðịa chỉ và số 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/Ðính 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:*

For the Notary Public – *Phần dành cho Công chứng viên*

Sworn to and subscribed before me on this . . . day of . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*Tuyên thệ và ký tên truớc mặt tôi ngày*