

**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:*