



## แบบยินยอม/แสดงเจตนาการรักษาหรือทำหัตถการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพาท้า

ข้าพเจ้า..... เป็น  ผู้ป่วย ญาติ/ผู้แทน ซึ่งเกี่ยวข้องของเป็น.....  
ของผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....

ข้าพเจ้าได้ทราบเรื่องการตรวจรักษาและขอความยินยอมรับการตรวจรักษา ผ่าตัด หรือทำหัตถการจาก  
 แพทย์  ทันตแพทย์  พยาบาล  เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์รวมทั้งบุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาลพาท้า โดยได้อธิบาย  
รายละเอียด เหตุผล วิธีการรักษา การทำหัตถการ การใช้ยาระงับความรู้สึก ความจำเป็นของการรักษา ข้อดี ข้อเสีย ระยะเวลา ความ  
เสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามรายละเอียดดังนี้

.....  
.....

ยินยอม ให้ทำการผ่าตัด/หัตถการ ระบุ.....

ไม่ยินยอม ให้ทำการผ่าตัด/หัตถการ ระบุ.....

เนื่องจาก.....

ซึ่งข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายจนเข้าใจเป็นที่เรียบร้อยและได้พิจารณาอย่างถี่ถ้วนแล้ว จึงลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

(.....)

(.....)

กรณีเป็นผู้แทน เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ตำแหน่ง.....

มาคนเดียว  ลายนิ้วพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้าง.....ของ.....

วันที่.....เวลา.....

วันที่.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....พยายผู้ป่วย

ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

(.....)

(.....)

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เวลา.....น.

วันที่.....เวลา.....น.