



แผ่นที่.....

แบบแสดงเจตนาการปฏิเสธการรักษาหรือทำหัตถการโรงพยาบาลฟากท่า

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. เวลา.....น.

◆ กรณีผู้ป่วยอายุ 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่รู้สติ

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี HN..... AN.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

◆ กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้เนื่องจาก ไม่รู้สติ/อายุต่ำกว่า 18 ปี/ไม่บรรลุนิติภาวะ

ผู้แทน/ญาติ/ผู้มีอำนาจลงนามแทนผู้ป่วย ชื่อ.....ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้ทราบเรื่องการตรวจรักษาและขอความยินยอมรับการตรวจรักษา ผ่าตัด หรือทำหัตถการจาก

แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์รวมทั้งบุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาลฟากท่า และได้พิจารณาโดยถี่ถ้วนแล้ว

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนา ไม่สมัครใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลฟากท่า

ไม่สมัครใจเข้ารับการตรวจรักษา/ การพยาบาล/ การผ่าตัด/ การระงับความรู้สึก/ การทำหัตถการ อื่น ๆ ระบุ.....

ไม่สมัครใจรับการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับอาการของโรคที่เป็นอยู่ของ ข้าพเจ้า ผู้ป่วย ตลอดจนผลร้ายที่อาจเกิดขึ้น หากข้าพเจ้า/ ผู้ป่วย ไม่สมัครใจตามเจตนาดังกล่าวที่กล่าวข้างต้น

ดังนั้น หากมีความเสียหายหรือผลร้ายเกิดขึ้นกับ ข้าพเจ้า ผู้ป่วย ข้าพเจ้าจะไม่ถือเป็นความผิด และ/หรือ ความบกพร่องของแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลฟากท่าแต่ประการใด ๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทน
(.....)

กรณีเป็นผู้แทน เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

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

วันที่.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เวลา.....

ลงชื่อ.....พยายผู้ป่วย
(.....)

เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

วันที่.....เวลา.....น.

ลงชื่อ.....พยานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เวลา.....น.

Sticker paste

