

หนังสือยินยอมรับการรักษาสําหรับผู้ป่วย

I. ผู้เยาว์ (ผู้รับบริการ)

ชื่อ : _____ (ลายเซ็น)

ช่องทางติดต่อ : _____

ว/ด/ปเกิด : _____

ที่อยู่ : _____

II. ผู้ปกครอง (ตัวแทนทางกฎหมาย)

ชื่อ : _____ (ลายเซ็น)

ช่องทางติดต่อ : _____

ความสัมพันธ์กับคนไข้ : _____

ว/ด/ปเกิด : _____

ที่อยู่ : _____

III. รายละเอียด

ข้าพเจ้า(หรือตัวแทนทางกฎหมาย) ในฐานะผู้ปกครองของคนไข้

() ได้ทำความเข้าใจเนื้อหาความด้านล่างอย่างถี่ถ้วนแล้ว และยินยอมให้คนไข้เข้ารับการรักษา

- เนื้อความ -

- ข้าพเจ้าได้ฟังคำชี้แจงเกี่ยวกับสภาพร่างกายของคนไข้, การรักษาที่จะได้รับ, ชนิดและประสิทธิภาพของยา, ความเสี่ยงรวมถึงอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาละเอียดแล้ว และได้ตรวจสอบแล้วว่าไม่พบปัจจัยที่จะทำให้ข้าพเจ้าเข้าไปขัดขวางการรักษาด้วยดุลพินิจส่วนตัวของข้าพเจ้าเอง หลังจากรับคำปรึกษาและยินยอมเข้ารับการรักษาแล้ว
- ในฐานะผู้ปกครองของคนไข้ ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิต่าง ๆ เกี่ยวกับการดำเนินการรักษาให้แก่คนไข้ทั้งหมดและจะให้ความร่วมมือกับคำวินิจฉัยและคำแนะนำของแพทย์เจ้าของไข้ทั้งหมด
- ข้าพเจ้าขอมอบสิทธิและความรับผิดชอบในการกรอกใบยินยอมรับการรักษา และการลงลายเซ็นเอกสารที่จำเป็น หรือขั้นตอนต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการรับการรักษาอื่น ๆ ให้แก่ตัวคนไข้เอง
- คนไข้หรือตัวแทนทางกฎหมายได้รับฟังคำชี้แจงเกี่ยวกับเอกสารฉบับนี้อย่างละเอียดแล้ว และยอมรับว่าเนื้อหาในเอกสารเป็นความจริงทั้งหมด และเห็นชอบให้ลายเซ็นของตัวแทนทางกฎหมาย (ผู้ปกครอง) มีผลทางกฎหมาย

วันที่

เดือน

ปี

ผู้ปกครอง :

(ลายเซ็น)

เอกสารแนบ: สำเนาบัตรประชาชนของตัวแทนทางกฎหมาย (ผู้ปกครอง), เอกสารยืนยันความสัมพันธ์ทางครอบครัว
กรณีที่คนไข้อายุต่ำกว่า 14 ปีบริบูรณ์ ให้ตัวแทนทางกฎหมายเป็นผู้กรอกเอกสาร

PPEUM

에쁨주의쁨