

หนังสือแสดงความยินยอมรับการตรวจรักษาและหัตถการ.....

กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลกลาง

วันที่ / /

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว อายุ.....ปี

ถือ บัตรประชาชน บัตรข้าราชการ บัตรอื่นๆ (ระบุ)

เลขที่ สังกัด

ในฐานะ ผู้ป่วย ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย ในฐานะ

ชื่อ ด.ญ. / ด.ช. / นาย / นาง / นางสาว HN.

ได้รับการอธิบายให้ทราบถึงการตรวจรักษาและหัตถการ รวมถึงความเสี่ยง ผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์กระทำตามวิธีดังกล่าวข้างต้นเพื่อการตรวจรักษาในครั้งนี้ หากมีเหตุ สุกดิบร้ายอันเกิดจากการตรวจรักษาและหัตถการดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้าจะไม่เอาผิดแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลกลางแต่อย่างใด

ลงชื่อ ผู้ป่วย / ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

หนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการตรวจรักษา และหัตถการ.....

กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลกลาง

วันที่ / /

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว อายุ.....ปี

ถือ บัตรประชาชน บัตรข้าราชการ บัตรอื่นๆ (ระบุ)

เลขที่ สังกัด

ในฐานะ ผู้ป่วย ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย ในฐานะ

ชื่อ ด.ญ. / ด.ช. / นาย / นาง / นางสาว HN.

ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงความจำเป็นของการตรวจรักษาและหัตถการ ตลอดจนผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นหากมิได้ทำการตรวจรักษา และหัตถการจากแพทย์ของโรงพยาบาลกลางแล้ว แต่ข้าพเจ้าได้แสดงเจตนาที่จะไม่รับการตรวจรักษาและหัตถการดังกล่าวข้างต้น

หนึ่ง หากมีความเสียหายหรือเกิดผลร้ายกับผู้ป่วย ข้าพเจ้าจะไม่ถือเป็นความผิดหรือความบกพร่องของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ของโรงพยาบาลกลางแต่อย่างใด

ลงชื่อ ผู้ป่วย / ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)