

โรงพยาบาล..... สัตหีบ กม.10

หนังสือแสดงการรับทราบข้อมูลและความยินยอมรับการตรวจรักษาพยาบาล

วันที่ เดือน พ.ศ.

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

ซึ่งเป็น ☐ ผู้ป่วย หรือ ☐ เป็นผู้แทนผู้ป่วยในฐานะ ของ นาย/นาง/นางสาว
นามสกุล..... ได้รับทราบข้อมูลโดยการ ☐ อ่าน ☐ ฟัง ดังต่อไปนี้

๑. ข้าพเจ้าได้รับทราบการวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษาเบื้องต้นและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

๒. ข้าพเจ้าได้รับทราบอาการความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้น และทราบว่าอาการผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงคลาดเคลื่อนได้ตลอด

๓. ข้าพเจ้าได้รับทราบผลดีและผลข้างเคียงของการรักษา/ภาวะแทรกซ้อน

๔. ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลทางเลือกของการรักษาอื่นๆ (ถ้ามี).....

๕. ข้าพเจ้าได้รับทราบสิทธิค่ารักษาพยาบาลและประมาณการค่ารักษาเบื้องต้น

ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูล ได้ทำความเข้าใจและสอบถามเป็นที่เข้าใจแล้ว

☐ ยินยอม

☐ ไม่ยินยอม

ลงนาม ผู้ป่วย

ลงนาม แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่

(.....) ☐ มาคนเดียว

(.....) ผู้ให้คำอธิบาย

☐ ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างซ้าย/ขวา

ลงนามญาติ

ลงนาม..... พยานแพทย์/พยาบาล

ผู้เป็น (บิดา,มารดา,บุตร,ญาติ (ระบุ)ของผู้ป่วย) (.....)

หมายเหตุ: มีเอกสารประกอบการให้ข้อมูล