

โรงพยาบาล สตึก กม.10	ชื่อผู้ป่วย.....	อายุ.....
	HN.....	AN.....
	เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่.....	
	สิทธิการรักษาพยาบาล.....	

หนังสือรับแสดงการรับทราบข้อมูลและความยินยอมรับการรักษาผู้ป่วยใน

วันที่เดือน พ.ศ. เวลา น.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ในฐานะ () ผู้ป่วย หรือ
() ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย ชื่อ.....เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็น.....
ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค/กลุ่มอาการ/ภาวะ.....
จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อ () ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม () ทำหัตถการ / ผ่าตัด () ตรวจพิเศษ
() บรรเทา/รักษาอาการของโรค () อื่นๆ.....
แนวทางการรักษา () ให้สารน้ำ () ไข้ยา () พ่นยาละอองฝอย () ให้เลือด/ส่วนประกอบของเลือด
() อื่นๆ.....

ข้อดีของการรักษา.....

ข้อเสียของการรักษา.....

ทางเลือกในการรักษา.....

ผลการรักษา.....

ระยะเวลาในการรักษา.....

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน () ติดเชื้อในโรงพยาบาล () แพ้ยา () แพ้เลือด

() อื่นๆ.....

ในกรณีระหว่างการผ่าตัดหากพบเหตุผิดปกติอื่น แพทย์สามารถใช้ดุลยพินิจในการดำเนินการอื่นเพื่อให้การรักษาได้

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล เข้าใจและยอมรับความเสี่ยงดังกล่าว จึงขอแสดงความประสงค์

() ยินยอมรับการรักษา

() ไม่ยินยอมรับการรักษา

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทน
()

ลงชื่อ..... พยาน(ญาติ)
()

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล
()

ลงชื่อ..... พยาน(เจ้าหน้าที่)
()

ตำแหน่ง.....