**หนังสือรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการตรวจรักษาพยาบาลโรงพยาบาลสัตหีบกม.10**

 วันที่........................................เวลา...............น.

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

ซึ่งเป็น 🞎ผู้ป่วย หรือ 🞎เป็นผู้แทนในฐานะ.............. ของผู้ป่วยชื่อ...........................สกุล............................

ได้รับทราบข้อมูลโดยการ 🞎อ่าน 🞎 ฟัง ดังต่อไปนี้

1.ข้าพเจ้าได้รับทราบการวินิจฉัยโรคแนวทางการรักษาเบื้องต้นและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

2.ข้าพเจ้าได้รับทราบอาการความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้น และทราบว่าอาการผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงคลาดเคลื่อนได้ตลอด

3.ข้าพเจ้าได้รับทราบผลดีและผลข้างเคียงของการรักษา / ภาวะแทรกซ้อน

4.ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลทางเลือกของการรักษาอื่นๆ (ถ้ามี)..................................................................

5.ข้าพเจ้าได้รับทราบสิทธิค่ารักษาพยาบาลและประมาณการค่ารักษาเบื้องต้น...................................

ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูล ได้ทำความเข้าใจและสอบถามเป็นที่เข้าใจแล้ว

 โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายและอ่านข้อความตลอดแล้วยินยอมรับการรักษาและยอมรักษาและยอมรับผลที่อาจเกิดขึ้นจากความเสี่ยงทุกประการ จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

 🞎ยินยอม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ 🞎ไม่ยินยอม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้

ลงชื่อ............................................ผู้ให้คำยินยอม ลงชื่อ................................................พยาน(ญาติผู้ป่วย )

 (......................................................) (...........................................................)

🞎ผู้ป่วย 🞎..................... ของผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..................................

 🞎ผู้ป่วยมาคนเดียว 🞎ญาติมาคนเดียว

ลงชื่อ............................................ผู้ให้ข้อมูล ลงชื่อ..............................................พยาน(เจ้าหน้าที่)

 (.................................................) (.....................................................)

 ตำแหน่ง แพทย์ / พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

ติดสติ๊กเกอร์

ติดสติ๊กเกอร์

เวชระเบียน 2561/003