**หนังสือรับทราบข้อมูลและไม่ยินยอมให้ทำการรักษา ผ่าตัด หัตถการโรงพยาบาลสัตหีบกม.10**

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

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

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

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโรค การรักษา ผ่าตัด หัตการ จนเป็นที่พอใจจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ถึงผลการรักษาแล้วข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษา ผ่าตัด หัตถการ ทั้งนี้หากมีเหตุเสียหายหรืออันตรายเกิดขึ้น ข้าพเจ้าจะไม่เอาผิดแก่โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10

จึงได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

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

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

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

🞎 ผู้ป่วยมาคนเดียว 🞎 ญาติมาคนเดียว

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

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

ตำแหน่ง แพทย์ / พยาบาลวิชาชีพ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

เวชระเบียน 2561/006

ติดสติ๊กเกอร์