

แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษา

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ชื่อสถานบำบัดรักษา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ นาย/นาง/นางสาว.....

นามสกุล.....อายุ.....ปี

ชื่อผู้ให้ความยินยอมแทน (กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์หรือเป็นผู้ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา)

นาย/นาง/นางสาว.....

นามสกุล.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น

คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง (ตามกฎหมาย)

ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล ผู้ซึ่งปกครองดูแล(ตามความเป็นจริง)

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียด และประโยชน์ของการบำบัดรักษาแล้ว จึงลงนามให้ความยินยอมเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาแห่งนี้ต่อหน้าพยาน

ลงนาม.....(ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทน)

()

ลงนาม.....(แพทย์)

()

ลงนาม.....(พยาน)

()