หนังสือแสดงความยินยอมให้ทำหัตถการทันตกรรม

เขียนที่..วันที่...........................

ข้าพเจ้า..มีฐานะเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้แทน/ผู้มีอำนาจลงนามแทนผู้ป่วย

ซึ่งข้าพเจ้ามีความเกี่ยวข้องเป็น.........................ของผู้ป่วย ชื่อ..

ยินยอมให้ทำหัตถการ..

โดยมีความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นดังนี้..

....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเรื่องการตรวจ การรักษา การทำหัตถการทันตกรรม ทางเลือกและเหตุผลในการทำหัตถการ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการทำหัตถการ ข้าพเจ้ามีโอกาสสอบถามข้อสงสัยจนเข้าใจชัดเจนแล้ว จึงยินยอมให้ทำหัตถการโดยยึดหลักความปลอดภัยของผู้ป่วยและมาตรฐานวิชาชีพเป็นสำคัญ หากเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น จะยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการทำหัตถการ และการรักษานั้นๆ พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือ ต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.................................. ผู้ให้ข้อมูลการรักษา　　　ลงชื่อ.................................. ผู้ให้คำยินยอม (ผู้ป่วย/ผู้แทนโดยชอบธรรม)

(...) วันที่............................　　　(...) วันที่...............................

ลงชื่อ.................................. พยาน (เจ้าหน้าที่ รพ.สต.)　　　ลงชื่อ.................................. พยาน มีความเกี่ยวข้องเป็น................ผู้ป่วย

(...) วันที่............................　　　(...) วันที่...............................

หนังสือแสดงความยินยอมให้ทำหัตถการทันตกรรม

เขียนที่..วันที่...........................

ข้าพเจ้า..มีฐานะเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้แทน/ผู้มีอำนาจลงนามแทนผู้ป่วย

ซึ่งข้าพเจ้ามีความเกี่ยวข้องเป็น.........................ของผู้ป่วย ชื่อ..

ยินยอมให้ทำหัตถการ..

โดยมีความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นดังนี้..

....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเรื่องการตรวจ การรักษา การทำหัตถการทันตกรรม ทางเลือกและเหตุผลในการทำหัตถการ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการทำหัตถการ ข้าพเจ้ามีโอกาสสอบถามข้อสงสัยจนเข้าใจชัดเจนแล้ว จึงยินยอมให้ทำหัตถการโดยยึดหลักความปลอดภัยของผู้ป่วยและมาตรฐานวิชาชีพเป็นสำคัญ หากเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น จะยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการทำหัตถการ และการรักษานั้นๆ พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือ ต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.................................. ผู้ให้ข้อมูลการรักษา　　　ลงชื่อ.................................. ผู้ให้คำยินยอม (ผู้ป่วย/ผู้แทนโดยชอบธรรม)

(...) วันที่............................　　　(...) วันที่...............................

ลงชื่อ.................................. พยาน (เจ้าหน้าที่ รพ.สต.)　　　ลงชื่อ.................................. พยาน มีความเกี่ยวข้องเป็น................ผู้ป่วย

(...) วันที่............................　　　(...) วันที่...............................