



คำยินยอมให้ทำการรักษา BB Clinic & Beauty Center

HN. _____ AN _____ ชื่อ _____ นามสกุล _____

1. กรณีรับไว้เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการ _____

และแนวทางการวินิจฉัย การรักษาจากการอธิบายจนเข้าใจและพร้อมที่จะยินยอม ให้แพทย์ / คณะแพทย์ ทำการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน BB Clinic จึงลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

วันที่ _____

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม
(_____)

ลงชื่อ _____ แพทย์ ผู้ให้คำปรึกษา
(_____)

ลงชื่อ _____ (พยาน)
(_____)

ลงชื่อ _____ (พยาน)
(_____)

2. กรณีการผ่าตัด หรือทำหัตถการ

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลการผ่าตัดหรือหัตถการ _____

เพื่อบำบัดรักษาอาการ / โรค _____

ซึ่งมีความจำเป็นต่อการรักษา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการกระทำดังกล่าว จนเข้าใจ และยินยอม ให้แพทย์ / คณะแพทย์ ทำการผ่าตัด รวมถึงการให้ยาระงับความรู้สึกใดๆ จึงลงลายมือชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

วันที่ _____

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม
(_____)

ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้ผ่าตัด
(_____)

ลงชื่อ _____ (พยาน)
(_____)

ลงชื่อ _____ วิสัญญีแพทย์
(_____)

ลงชื่อ _____ (พยาน)
(_____)

3 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะให้ความยินยอม หรือมีอาการเจ็บป่วยหนัก จนต้องได้รับการบำบัดในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) แพทย์ได้อธิบาย ข้อความดังกล่าวข้างต้น ให้แก่ผู้มีอำนาจให้ความยินยอม ตามกฎหมายที่จะตัดสินใจ แทนผู้ป่วยได้รับทราบและแสดงความยินยอม เพื่อรับการตรวจรักษาดังกล่าวได้ ณ ที่นี้

_____ (เกี่ยวข้องเป็น _____ ของผู้ป่วย)

ชื่อผู้มีอำนาจให้คำยินยอมตามกฎหมาย _____

ลายเซ็นผู้มีอำนาจให้คำยินยอมตามกฎหมาย _____

เลขที่บัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ระบุสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยหนักให้สามารถเห็นยินยอมได้ตามปกติ เพราะ

- () ยังไม่บรรลุนิติภาวะ
- () เป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ เช่น ดิดสารเสพติด เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง เป็นผู้บกพร่องทางจิตแต่ไม่ถึงขั้นวิกฤต ฯลฯ
- () เป็นคนไร้ความสามารถ (วิกลจริต)
- () ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยหนักไม่สามารถเห็นยินยอมได้
- () อื่นๆ _____

● ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมตามกฎหมาย ได้แก่ ผู้แทนโดยชอบธรรม (บิดา , มารดา , ผู้ปกครอง) ผู้อนุบาล , ผู้พิทักษ์ และบุคคลอื่นตามกฎหมาย