



แบบยินยอมรับการตรวจและรับการรักษา

ชื่อผู้ป่วย

เลขที่ภา

วันที่ 34 สิงหาคม 64 เวลา 11.30 น.

ข้าพเจ้า... เกี่ยวข้องเป็นผู้ป่วยเอง หรือผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมายของ
ผู้ป่วย ชื่อ ... ขอแสดงความยินยอมโดยความสมัครใจให้นายแพทย์/แพทย์หญิง/ทันต
แพทย์/ทันตแพทย์หญิง... และบุคลากรอื่นในทีมผู้รักษาพยาบาลของ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่ได้รับมอบหมายให้มีส่วนร่วมในการดูแล ตรวจ วินิจฉัย และให้การรักษาข้าพเจ้า หรือผู้ป่วย
ได้ดำเนินการตรวจวินิจฉัย/รักษาข้าพเจ้า โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. โรคหรือการวินิจฉัยเบื้องต้น คือ Covid 19
2. เหตุผลหรือความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คือ ภาวะทาง
3. วิธีการรักษาเบื้องต้น ได้แก่ กักตัว
และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลประมาณ 14 วันหากไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุ
สุดวิสัยอื่นๆ ที่ขัดขวางการรักษาพยาบาล
4. ผลดีของรักษานี้ ได้แก่
5. ผลเสียหากไม่เข้ารับการักษา ได้แก่

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมโดยความสมัครใจให้คณะแพทย์/ทันตแพทย์ และบุคลากรทีมผู้รักษาพยาบาลดังกล่าว
ข้างต้นสามารถกระทำการอื่นๆ ด้วยเหตุผลแสดงถึงความจำเป็นในการกระทำดังกล่าว อาทิ เช่น การดมยาสลบ การใช้ระยะรับ
ความรู้สึก การให้เลือด การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา การตัดชิ้นเนื้อหรือส่วนของอวัยวะ และการรักษาพยาบาลหรือผ่าตัด
เพิ่มเติมอย่างทันทีทันใด ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์/ทันตแพทย์ และบุคลากรทีมผู้รักษาพยาบาลดำเนินการได้หากเป็นการคำนึงถึง
ชีวิตและประโยชน์ของข้าพเจ้า/ผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ข้าพเจ้าทราบดีว่าโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาล จึงยินยอมให้บุคลากรทีมผู้
รักษาพยาบาลซึ่งประกอบด้วย แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อออก นักเรียนแพทย์ นักเรียนพยาบาลและบุคลากรอื่นๆ
เข้ามามีส่วนร่วมดูแลตรวจวินิจฉัยและรักษาข้าพเจ้า

ทั้งนี้คณะแพทย์/ทันตแพทย์ หรือบุคลากรทีมผู้รักษาพยาบาลได้แจ้งค่าใช้จ่ายโดยประมาณแล้ว และข้าพเจ้ารับทราบว่า
หากมีภาวะแทรกซ้อนหรือมีความจำเป็นต้องตรวจหรือใช้อุปกรณ์พิเศษเพิ่มเติม อาจทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบและคำแนะนำของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกประการ

ข้าพเจ้าขอลงนามแสดงความยินยอม เพื่อรับการรักษาโดยความสมัครใจไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ

ผู้ป่วย



เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่มีอาจให้ความยินยอมได้ตามปกติ เพราะ

() อายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์

() ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต

() อื่นๆ ระบุ.....

ทั้งนี้แพทย์/ทันตแพทย์ ได้อธิบายข้อความข้างต้นให้แก่ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจแทน
ผู้ป่วยได้รับทราบและขอแสดงความยินยอมเพื่อรับการตรวจรักษาดังกล่าวไว้

ลงชื่อ..... ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วย
(.....)

เกี่ยวข้องกับ..... ของผู้ป่วย เลขที่บัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ / บัตรอื่นๆ(ระบุ).....

ระบุสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาจให้ความยินยอมได้ตามปกติ เพราะ

กรณีไม่สามารถเขียนหนังสือได้



ลายนิ้วมือ..... (ระบุนิ้วและข้าง) ผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ..... แพทย์ / ทันตแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลการตรวจรักษา
(.....)

ขอรับรองว่าผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมหรือลงลายพิมพ์นิ้วมือนำหน้าพยานจริง

ลงชื่อ..... พยาน (ญาติผู้ป่วย) ระบุสถานะ.....

(.....) หากไม่มีให้ระบุว่าผู้ป่วยมาคนเดียว

ลงชื่อ..... พยาน (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตำแหน่ง.....) *RM*
(.....)