แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษา

วันที่ เวลา น.

ชื่อสถานบำบัดการรักษา โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

ชื่อผู้รับการตรวจ อายุ ปี

ชื่อผู้ให้ความยินยอมแทน (กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์หรือเป็นผู้ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา)

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

☐ คู่สมรส ☐ ผู้บุพการี ☐ ผู้สืบสันดาน ☐ ผู้ปกครอง(ตามกฎหมาย)

☐ ผู้พิทักษ์ ☐ ผู้อนุบาล ☐ ผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย ☐...

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดแล้ว จึงลงนามให้ความยินยอมเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาแห่งนี้ต่อหน้าพยาน

ลงนาม..(ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอม)
(..)

ลงนาม..(แพทย์/ผู้ให้คำอธิบาย)
(..)

ลงนาม..(พยานฝ่ายผู้ป่วย)
(..)

ลงนาม..(พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่)
(..)พยาบาลวิชาชีพ..........................

หมายเหตุ กรณีที่ผู้ป่วยมาคนเดียว กรุณาขีดเส้นใต้ในข้อความต่อไปนี้ ผู้ป่วยมาคนเดียวมีคำอธิบายด้านหลัง

คำชี้แจงก่อนลงลายมือชื่อในแบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษา

1.ยินยอมให้ทีมผู้รักษาให้การดูแล เพื่อวินิจฉัยโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจทางการแพทย์ เช่น การฉีดยาหรือสารเข้าร่างกาย การรักษาด้วยวิธีพิเศษ ทั้งนี้อยู่ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ

2.ยินยอมให้ทำการถ่ายภาพผู้ป่วย เพื่อระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง

3.ยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษา ณ สถานพยาบาลอื่น ๆ เมื่อมีเหตุอันควร

4.ยินยอมให้ทางสถาบัน/โรงพยาบาล ติดต่อกับญาติ เพื่อการรักษาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง

5.ยินยอมให้ทางสถาบัน/โรงพยาบาล ส่งผู้ป่วยกลับบ้านเอง กรณีไม่สามารถติดตามญาติหรือผู้เกี่ยวข้องได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการทุเลา พร้อมกลับบ้านได้

6.ยินยอมให้ส่งต่อข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

HN	NAME			Doctor	
AN	Age	Sex	Dx	Ward	Page