



โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์  
Chiangrai Prochanukroh Hospital

## หนังสือแสดงเจตนายินยอม รักษาแบบมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขบัตรประชาชน..... ในฐานะเป็น

- ผู้รับบริการ
- ผู้ปกครอง/ทายาทโดยธรรม ในฐานะ.....

ชื่อผู้ป่วย ด.ช./ด.ญ./นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทร.....

ข้าพเจ้ารับทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าพึงมีตามกฎหมายและทำความเข้าใจทางเลือกในด้านการรักษาประสงค์  
ขอรับการรักษาแบบมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจากแพทย์ผู้ให้การรักษานายแพทย์/แพทย์หญิง.....

.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม..... โดยแพทย์ผู้ให้การรักษาได้อธิบาย

และตอบข้อซักถามเกี่ยวกับข้อมูลชื่อยา วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อประโยชน์ต่อชีวิตและสุขภาพ  
นอกเหนือจากสิทธิการรักษาของข้าพเจ้า รวมถึงประโยชน์ ความเสี่ยง ข้อจำกัด ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการใช้ยาตาม  
แผนการรักษา และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษากรณีที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายครั้งนี้ ข้อบ่งชี้และความจำเป็นต้องได้รับการ  
รักษาโดยใช้ยา วัสดุ อุปกรณ์ดังต่อไปนี้

1. .... เหตุผลที่ใช้..... ราคา..... บาท
2. .... เหตุผลที่ใช้..... ราคา..... บาท
3. .... เหตุผลที่ใช้..... ราคา..... บาท
4. .... เหตุผลที่ใช้..... ราคา..... บาท
5. .... เหตุผลที่ใช้..... ราคา..... บาท

เนื่องจากข้าพเจ้าประสงค์ขอรับการรักษาแบบมีส่วนร่วมในการตัดสินใจประกอบกับเป็นความต้องการของ  
ข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ต่อชีวิตและสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้ให้ความยินยอมเองด้วยความสมัครใจ ข้าพเจ้ายินยอมชำระค่ารักษา  
นอกเหนือสิทธิการรักษา เป็นเงินจำนวน..... (.....)

ลงชื่อ.....  
(.....)

- ผู้ป่วย
- ผู้ปกครอง/ทายาทโดยธรรม ในฐานะ.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

พยานฝ่ายผู้ให้ความยินยอม

แพทย์ผู้ให้การรักษา

จำนวนเงินที่ชำระ..... ใบเสร็จรับเงินเลขที่..... ลงวันที่.....  ลงชื่อ..... (.....) <p style="text-align: center;">ผู้รับเงิน</p>
---