หนังสือแสดงความยินยอมรับการตรวจรักษา
โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่ .... เดือน .... .พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ....อายุ............. ปี ถือ ☐ บัตรประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ บัตรอื่น ๆ (ระบุ) .... เลขที่บัตรประจำตัว .... สังกัด .... ในฐานะ ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น ....ของผู้ป่วย ชื่อ ด.ญ./ด.ช./นาย/นาง/นางสาว ....

ข้าพเจ้ายินยอมให้ทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ทำการตรวจประเมิน และรักษาทางทันตกรรม ในกิจกรรมบริการทางทันตกรรมโดยไม่คิดมูลค่า ในวันศุกร์ที่ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๖ โดยข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายหรือค่าชดเชยใดๆ ในทุกกรณี ที่อาจเกิดอุบัติการณ์จากการตรวจประเมินหรือการรักษาที่มารับเข้าบริการในวันนี้

ข้าพเจ้ารับทราบดีว่า การให้บริการในกิจกรรมบริการรักษาทางทันตกรรมโดยไม่คิดมูลค่าจากทันตแพทย์ที่เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้บริการในกิจกรรม เป็นการรักษาที่มีคุณภาพการรักษาที่ดี แต่อาจมีหลากหลายจากทันตแพทย์ที่มาให้บริการโดยจิตสาธารณะที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ กรณีมีผลการรักษาที่อาจเกิดอาการ หรือมีปัญหาจากรายการการรักษาที่ได้รับ ภายในระยะ ๓ สัปดาห์ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ จะสนับสนุนการตรวจและบำบัดรักษาฉุกเฉินตามระบบโรงพยาบาลทันตกรรมจัดบริการเพื่อรองรับไว้

ลงชื่อ .... ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง

(....)

หมายเหตุ : กรณีผู้ที่มารับการรักษา อายุต่ำ 18 ปี ให้ผู้ปกครองลงนามแทน

ADM–SD–045-00

ปรับปรุงวันที่ 27/9/66