

หนังสือแสดงความยินยอมรับการตรวจรักษา
โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ.....ปี
ถือ บัตรประจำตัวประชาชน บัตรข้าราชการ บัตรอื่นๆ(ระบุ).....
เลขที่..... สังกัด.....
ในฐานะ ผู้ป่วย ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย ในฐานะ.....ของผู้ป่วย
ชื่อ ด.ญ./ ด.ช. / นาย / นาง / นางสาว..... H.N.....

ได้รับการอธิบายให้ทราบถึงการตรวจรักษาและหัตถการ รวมถึงความเสี่ยง ผลข้างเคียง และ
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์กระทำตามวิธีดังกล่าวข้างต้นเพื่อการวินิจฉัย ตรวจ
รักษา และหัตถการที่ได้รับทราบแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วย
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)