

หนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการตรวจรักษา  
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.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงความจำเป็นของการตรวจรักษาและหัตถการ ตลอดจนผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นหากมิได้  
ทำการตรวจรักษา และหัตถการจากแพทย์/ทันตแพทย์ของโรงพยาบาลทันตกรรมแล้ว แต่ข้าพเจ้าได้แสดงเจตนา  
ที่จะไม่รับการตรวจรักษา และหัตถการดังกล่าวข้างต้น

อนึ่ง หากมีความเสียหายหรือเกิดผลร้ายกับผู้ป่วย ข้าพเจ้าจะไม่ถือเป็นความผิดหรือความบกพร่องของ  
แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทันตกรรมแต่อย่างใด

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

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)