



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 เกี่ยวข้องเป็นของผู้ป่วย
ชื่อ ด.ญ./ด.ช./นาย/นาง/นางสาว

ข้าพเจ้ายินยอมให้ทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ทำการตรวจประเมิน และรักษา
ทางทันตกรรม ในกิจกรรมบริการทางทันตกรรมโดยไม่คิดมูลค่า ในวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ.2567 โดยข้าพเจ้า
ทราบดีว่าการรักษาในครั้งนี้ ทำโดยทันตแพทย์ที่เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครและให้บริการโดยจิตสาธารณะ โดย
ไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายหรือค่าชดเชยใดๆ ในทุกกรณี ที่อาจเกิดอุบัติเหตุจากการตรวจ
ประเมิน หรือการรักษาที่มารับบริการในวันนี้ และข้าพเจ้ารับทราบว่า กรณีที่ตรวจพบปัญหาและ
ทันตแพทย์ประเมินว่า ไม่สามารถให้การรักษาในวันที่ทำกิจกรรมได้ ข้าพเจ้าจะมาติดต่อรับการรักษา
ในภายหลัง และชำระค่าใช้จ่ายตามสิทธิการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า

ในกรณี ที่มีอาการหรือปัญหาจากการรักษาที่ได้รับในวันนี้ ข้าพเจ้าจะต้องมาติดต่อภายในระยะเวลา
3 สัปดาห์ นับจากวันที่ได้รับการรักษา โดยทางโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ จะมีระบบ
การตรวจและให้การบำบัดรักษาฉุกเฉิน ตามระบบโรงพยาบาล

ลงชื่อ ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง
(.....)

หมายเหตุ : กรณีผู้ที่มารับการรักษา อายุต่ำ 18 ปี ให้ผู้ปกครองลงนามแทน