



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 และรักษาทางทันตกรรม ใน
กิจกรรมบริการทางทันตกรรมโดยไม่คิดมูลค่า ในวันที่ 2 เมษายน 2568 โดยข้าพเจ้าทราบดีว่าการรักษาในครั้งนี้ ทำโดย
ทันตแพทย์ที่เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครและให้บริการโดยจิตสาธารณะ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายหรือค่าชดเชยใดๆ ในทุกกรณีที่อาจเกิดอุบัติเหตุจากการตรวจประเมิน หรือการ
รักษาที่มารับบริการในวันนี้ และข้าพเจ้ารับทราบดีว่า กรณีที่ตรวจพบปัญหาและทันตแพทย์ประเมินว่า ไม่สามารถ
ให้การรักษาในวันที่ทำกิจกรรมได้ ข้าพเจ้าจะมาติดต่อรับการรักษาในภายหลัง และชำระค่าใช้จ่ายตามสิทธิการรักษาพยาบาล
ของข้าพเจ้า

ในกรณีที่มียาอาการหรือปัญหาจากการรักษาที่ได้รับในวันนี้ ข้าพเจ้าจะต้องมาติดต่อภายในระยะเวลา 3 สัปดาห์
นับจากวันที่ได้รับการรักษา โดยทางโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ จะมีระบบการตรวจและให้การ
บำบัดรักษาฉุกเฉิน ตามระบบโรงพยาบาล

ลงชื่อ ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง
(.....)

หมายเหตุ : กรณีผู้ที่มารับการรักษา อายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ผู้ปกครองลงนามแทน