



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

ข้าพเจ้ายินยอมให้ทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ทำการตรวจประเมิน และรักษาทางทันตกรรม ใน  
กิจกรรมบริการทางทันตกรรมโดยไม่คิดมูลค่า ในวันที่ 2 เมษายน 2569 โดยข้าพเจ้าทราบดีว่าการรักษาในครั้งนี้ ทำโดย  
ทันตแพทย์ที่เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครและให้บริการโดยจิตสาธารณะ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายหรือค่าชดเชยใดๆ ในทุกกรณีที่อาจเกิดอุบัติเหตุจากการตรวจประเมิน หรือการ  
รักษาที่มารับบริการในวันนี้ และข้าพเจ้ารับทราบดีว่า กรณีที่ตรวจพบปัญหาและทันตแพทย์ประเมินว่า ไม่สามารถ  
ให้การรักษาในวันที่ทำกิจกรรมได้ ข้าพเจ้าจะมาติดต่อรับการรักษาในภายหลัง และชำระค่าใช้จ่ายตามสิทธิการรักษาพยาบาล  
ของข้าพเจ้า

ในกรณี ที่มีอาการหรือปัญหาจากการรักษาที่ได้รับในวันนี้ ข้าพเจ้าจะต้องมาติดต่อภายในระยะเวลา 3 สัปดาห์  
นับจากวันที่ได้รับการรักษา โดยทางโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ จะมีระบบการตรวจและให้การ  
บำบัดรักษาฉุกเฉิน ตามระบบโรงพยาบาล

ลงชื่อ ..... ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง  
( ..... )

หมายเหตุ : กรณีผู้ที่มารับการรักษา อายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ผู้ปกครองลงนามแทน