



## หนังสือแสดงความยินยอม โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อื่น ๆ (ระบุ) .....  
อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่ ..... ซอย/ตรอก .....  
ถนน ..... ตำบล/แขวง .....  
อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

ข้าพเจ้า  ได้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจ HIV” แล้ว  
 ไม่ได้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจ HIV”  
อย่างไรก็ดี  มีผู้อ่าน “ข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจ HIV” ให้ฟังแล้ว  
คือ .....  
 ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจ HIV จากแพทย์ หรือ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์แล้ว  
 มีโอกาสซักถาม และได้รับคำตอบเป็นที่พอใจแล้ว

ข้าพเจ้าได้รับการยืนยันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าในการรับการตรวจ HIV นี้ จะได้รับการเก็บไว้เป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยโดยปราศจากความยินยอมของข้าพเจ้า เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามที่กฎหมายกำหนดหรือตามหน้าที่ หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ และความจำเป็นในการวินิจฉัยรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้า  มีความประสงค์ที่จะขอรับการตรวจ HIV จากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้  
หรือ  ยินยอมให้ ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว .....

ซึ่งเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 20 ปี หรือยังไม่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส หรือเป็นผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้ และอยู่ในความปกครอง/ดูแลของข้าพเจ้า ได้รับการตรวจ HIV จากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้

หรือ  ไม่มีความประสงค์ หรือไม่ยินยอมให้มีการตรวจ HIV จากสถานพยาบาล/หรือสถาบันแห่งนี้  
ทั้งนี้ การไม่ยินยอมรับการตรวจดังกล่าว จะไม่ส่งผลกระทบต่อโอกาสในการได้รับการรักษาของข้าพเจ้า

หรือผู้อยู่ในปกครองของข้าพเจ้า จากสถานพยาบาลแห่งนี้ แต่อาจส่งผลเสียต่อการตรวจรักษาโรคหรืออาการที่ถูกต้องเหมาะสมได้ ซึ่งข้าพเจ้าได้รับทราบ และจะไม่ฟ้องร้องบุคลากร หรือสถานพยาบาลแห่งนี้ สำหรับกรณีบุคลากรที่ถูกเข็มตำหรือของมีคมบาด การไม่รับการตรวจอาจส่งผลให้ไม่สามารถเรียกร้องชดเชยใด ๆ ที่เป็นการชดเชยความเสี่ยงจากการทำงานได้

ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีความประสงค์หรือยินยอมให้มีการตรวจ HIV จากสถานพยาบาล/สถาบันแห่งนี้ทราบ และเข้าใจดีว่า ข้าพเจ้าอาจได้รับผลกระทบต่าง ๆ (4) ในข้อควรรู้ก่อนการตรวจ HIV ทั้งนี้



## หนังสือแสดงความยินยอม โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า

- ต้องการทราบผลการตรวจ  
 ไม่ต้องการทราบผลการตรวจ

ลงนาม .....  
(.....)

- หรือ  ผู้ขอรับการตรวจ  
 ผู้เกี่ยวข้องกับผู้รับการตรวจโดยเป็น
- บิดา
  - มารดา
  - ผู้ปกครอง
  - ผู้แทนโดยชอบธรรม
  - อื่น ๆ ระบุ .....

ลงนาม .....  
(.....)

ทันตแพทย์/แพทย์/เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ

ลงนาม .....  
(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....



## หนังสือแสดงความยินยอม โรงพยาบาลทันตกรรม

### ให้แจ้งผลการตรวจ HIV แก่บุคคลอื่น

ข้าพเจ้ายินยอมให้แจ้งผลการตรวจเลือดแก่

- คู่สมรสของข้าพเจ้า คือ.....
- ญาติของข้าพเจ้า คือ .....
- นายจ้างของข้าพเจ้า คือ .....
- อื่น ๆ ได้แก่ .....

ลงนาม .....

(.....)

- หรือ
- ผู้รับการตรวจ
  - ผู้เกี่ยวข้องกับผู้รับการตรวจโดยเป็น

ลงนาม .....

(.....)

ทันตแพทย์/แพทย์/เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ

ลงนาม .....

(.....)

พยาน

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ : แบบใบยินยอมให้แจ้งผลการตรวจแก่บุคคลอื่นนี้ ผู้รับการตรวจจะต้องลงนามด้วยตนเองต่อหน้าพยานตามข้อกำหนดในแนวทางข้อ 4.4 ฉะนั้นแพทย์จะต้องตรวจสอบว่าได้มีการดำเนินการขอความยินยอมตามข้อนี้โดยถูกต้องแล้ว  
ทุกรายการ

: แบบฟอร์มนี้รับรองโดยแพทยสภา