



เอกสารแจ้งแผนการรักษาทางทันตกรรมและค่าใช้จ่าย โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี HN.....สิทธิการรักษา.....
ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษาและยินยอมโดยสมัครใจ ให้ นทพ./ทพ./ทพญ.
ดำเนินการรักษาตามที่ได้รับการวางแผนไว้ดังนี้

1.ชื่อที่
มีค่าใช้จ่ายโดยประมาณ.....บาท ชำระเงิน..... เบิกได้.....
2.ชื่อที่
มีค่าใช้จ่ายโดยประมาณ.....บาท ชำระเงิน..... เบิกได้.....
3.ชื่อที่
มีค่าใช้จ่ายโดยประมาณ.....บาท ชำระเงิน..... เบิกได้.....
4.ชื่อที่
มีค่าใช้จ่ายโดยประมาณ.....บาท ชำระเงิน..... เบิกได้.....
5.ชื่อที่
มีค่าใช้จ่ายโดยประมาณ.....บาท ชำระเงิน..... เบิกได้.....

ข้าพเจ้าทราบและเข้าใจแผนการรักษาทั้งหมดจากทันตแพทย์แล้ว และทันตแพทย์ได้อธิบายแล้วว่าหากมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาด้วยสภาวะโรคที่เปลี่ยนแปลงไปจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ

☐ ข้าพเจ้าตกลงที่จะรับการรักษา ☐ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้..... รับการรักษา

ลงชื่อผู้ให้คำยินยอม ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้ปกครอง เกี่ยวข้องเป็น

ลงชื่อ.....ผู้ให้การรักษา
(.....)

ลงชื่อ.....อาจารย์นิเทศงาน
(.....)

วันที่

วันที่

- หมายเหตุ
- ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ลงลายมือชื่อยินยอมการรักษา
 - กรณีมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา และประเภทค่าวัสดุที่ใช้ ค่าใช้จ่ายอาจเปลี่ยนแปลงได้
 - ส่งสิทธิประโยชน์รับรองสิทธิในการรักษา

สิทธิประโยชน์ได้ตรวจสอบสิทธิในการรักษาแล้ว

ลงชื่อ
(.....)