



## เอกสารยินยอมรับการส่งต่อไปรักษา โดยมีค่าใช้จ่าย โรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้า ..... อายุ..... ปี HN .....  
ได้เข้ารับการรักษาที่คลินิกกรม 2 โดย นทพ. .... รหัส .....  
และได้รับคำแนะนำให้ส่งต่อไปรับการรักษาต่อที่คลินิก .....  
ประเภทงาน .....  
เนื่องจาก.....  
โดยมีจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ในอัตราเรียกเก็บตามระเบียบของโรงพยาบาลทันตกรรม

ข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล จากนักศึกษาทันตแพทย์ผู้ทำการรักษา และเจ้าหน้าที่  
คลินิกกรม 2 แล้ว ข้าพเจ้ารับทราบและยินยอมรับการส่งต่อไปรักษาที่คลินิกดังกล่าวข้างต้น และยินยิตรับผิดชอบค่าใช้จ่ายค่า  
รักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นทั้งหมด ตามระเบียบของโรงพยาบาลทันตกรรม โดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ

ลงชื่อ .....  
(.....)  
นักศึกษาทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย  
ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ .....  
(.....)  
อาจารย์นิเทศงานสาขาวิชา

ลงชื่อ .....  
(.....)  
พยาน  
วันที่ .....เวลา .....

- หมายเหตุ
1. กรณีผู้ป่วยมารับการรักษาเพียงคนเดียว กรุณาลงบันทึก “ผู้ป่วยมาคนเดียว” ในช่องลงนามพยานและเซ็นชื่อกำกับ
  2. กรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี บริบูรณ์ ผู้ปกครองเซ็นชื่อในช่อง ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย