



เอกสารแสดงเจตนาปฏิเสธการตรวจรักษา โรงพยาบาลทันตกรรม

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)อายุ.....ปี
ถือ บัตรประจำตัวประชาชน บัตรข้าราชการ
 บัตรอื่น ๆ (ระบุ)เลขที่
สังกัด ในฐานะ ผู้ป่วย
 ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย ในฐานะ ของผู้ป่วย
ชื่อ ด.ญ./ด.ช./นาย/นาง/นางสาว HN

ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงความจำเป็นของการตรวจรักษาและหัตถการ ตลอดจนผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นหากมิได้
ทำการตรวจรักษา และหัตถการจากแพทย์/ทันตแพทย์ของโรงพยาบาลทันตกรรมแล้ว **แต่ข้าพเจ้าได้แสดงเจตนา
ที่จะไม่รับการตรวจรักษา และหัตถการดังกล่าวข้างต้น**

อนึ่ง หากมีความเสียหายหรือเกิดผลร้ายกับผู้ป่วย ข้าพเจ้าจะไม่ถือเป็นความผิดหรือความบกพร่องของ
แพทย์/ทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทันตกรรมแต่อย่างใด

ลงชื่อ

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย
ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

วันที่ เวลา

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