



แบบฟอร์มขออนุญาตถ่ายภาพผู้ป่วยโรงพยาบาลทันตกรรม

เนื่องด้วย โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นสถานที่ให้บริการทางทันตกรรม ฝึกอบรม จัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาทันตแพทย์ทั้งในระดับปริญญาตรีและหลังปริญญา จึงมีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลภาพถ่ายของท่าน เพื่อประกอบการดำเนินการตามพันธกิจดังกล่าว

วันที่

ชื่อ-สกุลของผู้ป่วย อายุ.....ปี HN

ทันตแพทย์ / นักศึกษาทันตแพทย์ (ผู้ให้การรักษา) ชื่อ-สกุล

คลินิก.....

อาจารย์ทันตแพทย์นิเทศก์งาน (กรณี นทพ.) ชื่อ-สกุล

สาขาวิชา / หน่วย

ข้าพเจ้าอนุญาตให้ใช้ ☐ ภาพถ่ายภายในช่องปาก ☐ ภาพถ่ายใบหน้า ☐ ภาพถ่ายภายนอก
ช่องปากอื่น ๆ

☐ ไม่อนุญาต

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าภาพถ่ายเหล่านี้ อาจจะถูกนำไปใช้ในการเรียนการสอนทางการแพทย์
และการนำเสนอทางวิชาการ

ลงชื่อ

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย

ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

วันที่เวลา

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