



เอกสารยินยอมให้ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือการรักษา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ได้รับแจ้ง

จากหน่วยงาน/คณะ/โรงพยาบาลทันตกรรม.....ขอเก็บรวบรวมใช้

และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ได้แก่

☐ ชื่อ-สกุล

☐ เลขบัตรประชาชน

☐ วันเดือนปีเกิด

☐ หมู่เลือด

☐ ข้อมูลสุขภาพ

☐ อื่น ๆ

เพื่อใช้ในวัตถุประสงค์

☐ การเรียนการสอน และการประชุมสัมมนา ทางกายภาพและสาธารณสุข

☐ การให้ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุข แก่สาธารณะ

☐ การวิจัยและตีพิมพ์ ในวารสารและสิ่งพิมพ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข

☐ งานพัฒนาคุณภาพและภารกิจของโรงพยาบาล

☐ งานประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่าง ๆ.....

☐ อื่น ๆ.....

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจเป็นอย่างดีว่า

1. ชื่อ-สกุล และข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของข้าพเจ้า จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่ถูกเปิดเผย เพื่อให้ไม่สามารถระบุ ตัวตนของข้าพเจ้าได้ แต่ก็มีความเป็นไปได้ที่จะมีบุคคลสามารถระบุตัวตนของข้าพเจ้าได้ แม้ว่าได้พยายามปกปิดแล้วก็ตาม

2. การนำข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุข้างต้น ครอบคลุมถึง การเผยแพร่ในวารสารและสิ่งพิมพ์, การเผยแพร่ทางโทรทัศน์, การเผยแพร่ทางสื่อออนไลน์, รวมถึงการเผยแพร่ในรูปแบบอื่น ๆ ที่อาจเป็นไปได้ด้วย

3. ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเผยแพร่ตามความเป็นจริง โดยปราศจากการบิดเบือน

4. ข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้ แต่หากข้อมูลถูกเผยแพร่ไปแล้ว ข้าพเจ้าจะไม่สามารถถอนความยินยอมได้อีก การถอนความยินยอมในอนาคตไม่ว่ากรณีใด ๆ ไม่มีผลต่อการเผยแพร่ที่ได้กระทำไปก่อนแล้ว

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า

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