



**เอกสารยินยอมรับการรักษาท้องผ่าตัด**  
**โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์**

Name : .....	Gender : .....
Date of birth : .....	Age : .....
HN : .....	Physician : .....
AN : .....	Allergies : .....

ข้าพเจ้า ( ) นาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี  
( ) นาย/นาง/นางสาว..... อายุ.....ปี (ผู้แทนโดยชอบธรรม) มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

ของ.....(ระบุชื่อผู้ป่วย) เนื่องจากผู้ป่วย ( ) อายุต่ำกว่า 18 ปี ( ) สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์  
( ) มีความบกพร่องทางจิต ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

ยินยอมให้ทันตแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพทำการรักษาพยาบาล โดยข้าพเจ้ายอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการรักษา ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับ  
ข้อมูลและการอธิบายให้ทราบถึง

การวินิจฉัยโรคขั้นต้น.....

ชื่อทันตแพทย์ผู้ทำการรักษา..... เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

เหตุผล/ความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา.....

แผนการรักษา

ผ่าตัด.....วันที่.....ตำแหน่ง.....

การระงับความรู้สึก ( ) การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ( ) การระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ( ) การดมยาสลบทางหน้าาก

ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกอื่น.....

ข้อดี.....

ข้อเสีย.....

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล โดยประมาณ (กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน)

( ) OPD case ( ) < 3 วัน ( ) < 7 วัน ( ) > 1 สัปดาห์ ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

( ) การติดเชื้อ ( ) การเสียเลือด ( ) แพ้ยา/แพ้เลือด ( ) เสียชีวิต ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

ผลการรักษา.....

ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจาก..... จนเข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องรับการตรวจวินิจฉัย  
รักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลทันตกรรม ข้าพเจ้ายินยอมให้ทันตแพทย์ และผู้ได้รับการมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึง  
มาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของการตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษา ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติม และข้าพเจ้า  
มีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิ์ในการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า จึงลงลายมือหรือ  
พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

กรณีที่ผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติหรือไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายหรือผู้ปกครองได้รับทราบคำอธิบายและ  
ยินยอมรับการตรวจรักษาดังกล่าว

ลงชื่อ .....  
(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ .....  
(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย  
ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ .....  
(.....)

พยาน

ลงชื่อ .....  
(.....)

พยานฝ่ายรพ. ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ  
วันที่ .....เวลา .....

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

เอกสารไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาลหรือผ่าตัด  
โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์

Name : .....	Gender : .....
Date of birth : .....	Age : .....
HN : .....	Physician : .....
AN : .....	Allergies : .....

ข้าพเจ้า ( ) นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ ..... ปี (ผู้ป่วย)  
( ) นาย/นาง/นางสาว ..... อายุ ..... ปี (ผู้แทนโดยชอบธรรม) มีความเกี่ยวข้องเป็น.....  
ของ .....(ระบุชื่อผู้ป่วย) เนื่องจากผู้ป่วย ( ) อายุต่ำกว่า 20 ปี ( ) สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์  
( ) มีความบกพร่องทางจิต ( ) อื่น ๆ ระบุ.....ขอรับรองว่าไม่สมัครใจอยู่รับการรักษา/  
ทำหัตถการ/ส่งตัวไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้นไปเกินขีดความสามารถของรพ.ทันตกรรม/ทำการผ่าตัดใน รพ.ทันตกรรม  
ต่อไป หากบังเกิดผลเสียหายหรืออันตรายอย่างใดเกิดขึ้นแก่.....(ผู้ป่วย) ข้าพเจ้าจะไม่ถือเป็น  
ความรับผิดชอบของ รพ.ทันตกรรมแต่ประการใด

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

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

ลงชื่อ .....  
(.....)  
พยาน

ลงชื่อ .....  
(.....)  
พยานฝ่ายรพ. ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ  
วันที่ .....เวลา .....

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