



เอกสารยินยอมแผนการรักษา และค่าใช้จ่าย โรงพยาบาลทันตกรรม

เขียนที่ คลินิก.....

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) อายุ.....ปี HN

ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับอาการของโรคและผลการตรวจวินิจฉัย, แนวทางการรักษาและความเสี่ยง, ทางเลือกในการรักษาและความเสี่ยง, ค่าใช้จ่าย และแนวทางปฏิบัติตัว จาก ทพ./ทพญ./นพ. ดังนี้

1. อาการของโรค และผลการตรวจวินิจฉัย.....

2. แนวทางการรักษา

- | | | | | |
|--|--|--|---|---------------------------------------|
| ☐ อุดฟัน | ☐ ถอนฟัน | ☐ ขูดหินปูน | ☐ รักษาโรคปริทันต์ | ☐ ทำฟันเด็ก |
| ☐ ผ่าตัดฟันคุด/ฟันฝัง | ☐ ผ่าตัดในช่องปาก | ☐ รักษาคลองรากฟัน | ☐ ฟอกสีฟัน | ☐ ทำฟันเทียม |
| ☐ ทำวีเนียร์ | ☐ ทำครอบฟัน | ☐ ใส่รากฟันเทียม | ☐ จัดฟัน | ☐ อื่น ๆ |

(1) การรักษา ตำแหน่ง ค่าใช้จ่ายโดยประมาณ.....

(เบิกได้เบิกไม่ได้) ชำระโดยแบ่งจ่าย ครั้ง ครั้งละบาท

(2) การรักษา ตำแหน่ง ค่าใช้จ่ายโดยประมาณ.....

(เบิกได้เบิกไม่ได้) ชำระโดยแบ่งจ่าย ครั้ง ครั้งละบาท

(3) การรักษา ตำแหน่ง ค่าใช้จ่ายโดยประมาณ.....

(เบิกได้เบิกไม่ได้) ชำระโดยแบ่งจ่าย ครั้ง ครั้งละบาท

3. ความเสี่ยงของการรักษา, ทางเลือกในการรักษาและความเสี่ยง และแนวทางปฏิบัติตัวก่อนและหลังการรักษา
ดูรายละเอียดตามเอกสารแนบ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจ รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาที่จะได้รับ จากทันตแพทย์แล้ว และได้รับแจ้งแล้วว่า หากเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา จะแจ้งให้ข้าพเจ้ารับทราบโดยไม่ล่าช้า

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอมรับการรักษา ☐ ไม่ยินยอมรับการรักษา

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