



เอกสารยินยอมรับการรักษาโดยนักศึกษาทันตแพทย์ ที่คลินิกรวม 2

โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี HN

ได้ตัดสินใจยินยอมเข้ารับการรักษาโดยนักศึกษาทันตแพทย์ ที่คลินิกรวม 2

โดยข้าพเจ้าได้อ่าน/รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโดยนักศึกษาทันตแพทย์ ดังนี้

ขอบเขตงานที่ให้บริการ

1. อุดฟัน ผนึกหลุมร่องฟัน
2. ขูดหินน้ำลาย
3. รักษาคลองรากฟันหน้าหรือฟันกรามน้อย
4. ใส่ฟันแบบติดแน่น (ครอบฟันหรือสะพานฟัน)
5. ใส่ฟันเทียมแบบถอดได้บางส่วนฐานอะคริลิก หรือฐานโครงโลหะ
6. ใส่ฟันเทียมแบบถอดได้ทั้งปาก

หมายเหตุ กรณีงานยากเกินความสามารถของนักศึกษาทันตแพทย์ ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปรักษาที่คลินิกเฉพาะทาง หรือ คลินิกอื่นตามความเหมาะสม โดยต้องชำระค่ารักษาพยาบาลตามอัตราค่าธรรมเนียมและค่าบริการของคลินิกที่ให้การรักษา

ขั้นตอนการดูแลรักษา

1. ครั้งแรกจะได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างละเอียดเพื่อวางแผนการรักษา โดยเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการสามารถแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการรักษาร่วมกับนักศึกษาทันตแพทย์
2. นักศึกษารับเข้าดูแลรักษาในคลินิกรวม 2 ภายใต้การดูแลของอาจารย์ทันตแพทย์อย่างใกล้ชิดตลอดการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพทันตแพทย์ จนเสร็จสิ้นตามแผนการรักษา และได้รับการเข้าคิวเพื่อเรียกตรวจสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน
3. ระหว่างการตรวจรักษาในช่องปากอาจมีการถ่ายภาพรังสี ถ่ายภาพในช่องปาก ถ่ายภาพนอกช่องปาก เพื่อประกอบการวางแผนการรักษาและให้การรักษา รวมทั้งเพื่อประโยชน์ในการเรียนการสอนด้วย

กรอบเวลา/เงื่อนไขการรักษา

1. ได้รับการนัดหมายมารับการรักษาสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ในวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 9.00-16.00 น. (ยกเว้นวันพุธ -บ่าย และ วันศุกร์-บ่าย ซึ่งคลินิกงดให้บริการ)
2. กรณีผู้ป่วยผัดนัดกะทันหันเกิน 3 ครั้ง หรือ ผู้ป่วยไม่สามารถระบุวันนัดหมายได้แน่นอน ทางคลินิกรวม 2 จะพิจารณาจ่ายออกจากกระบวนการเรียนการสอน และส่งต่อไปรักษาที่คลินิกอื่นในโรงพยาบาลทันตกรรมตามความเหมาะสม
3. กรณีผู้ป่วยมีลักษณะไม่เหมาะสมกับการเรียนการสอน ให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ หรือเจตนาปกปิดข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ทางคลินิกรวม 2 จะพิจารณาจ่ายออกจากกระบวนการเรียนการสอนและส่งต่อไปรักษาที่คลินิกอื่นในโรงพยาบาลทันตกรรมตามความเหมาะสม

สิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ

1. ผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ได้แก่ สิทธิเบิกจ่ายตรง สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) จะใช้สิทธิตามที่ผู้ป่วยมีก่อน
2. สิทธิพิเศษค่ารักษาพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง หรือส่วนเกินจากสิทธิที่ผู้ป่วยเบิกจ่ายได้ ทางโรงพยาบาลจะรับเข้าโครงการรอยยิ้มสดใส โดยจะได้รับสิทธิพิเศษ ดังนี้

2.1 ยกเว้นค่าใช้จ่าย สำหรับ ค่าถ่ายภาพรังสีภายในช่องปาก ค่าภาพรังสีภายนอกช่องปากด้วยเทคนิค Panoramic ค่าอุดฟัน ค่าฟันปลอม ร่องฟัน ค่าชุดหินปูน และค่ารักษาลong รากฟันหน้าและฟันกรามน้อย

2.2 ลดหย่อน 50% สำหรับค่าครอบฟันและสะพานฟัน ค่าใส่ฟันเทียมแบบถอดได้บางส่วน ค่าใส่ฟันเทียมแบบถอดได้ทั้งปาก แต่ผู้ป่วยจะต้องชำระค่าแลปทันตกรรมจากภายนอกโรงพยาบาล ทันตกรรมเต็มจำนวน

ข้าพเจ้า

☐ ยอมรับเงื่อนไขทั้งหมดและยินดียินดีเข้ารับการรักษากับนักศึกษาทันตแพทย์

☐ ยินยอมให้คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นผู้เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลเวชระเบียน ภาพรังสี รูปถ่าย แบบจำลองฟัน ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการซักประวัติ ตรวจ รักษา และข้อมูลทางพยาธิวิทยา เพื่อวัตถุประสงค์ในการเรียนการสอน การสอบ ตามข้อกำหนดของทันตแพทยสภา และติดตามการรักษา

ทั้งนี้ ชื่อ-สกุล และข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่ถูกเปิดเผย เพื่อไม่ให้สามารถระบุตัวตนของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย ได้ แต่ก็มีความเป็นไปได้ที่จะมีบุคคลสามารถระบุตัวตนของข้าพเจ้า/ผู้ป่วย ได้ แม้ว่าได้พยายามปกปิดแล้วก็ตาม

ข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้ โดยที่การถอนความยินยอมย่อมไม่ส่งผลกระทบต่อ การเก็บ รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้เคยให้ความยินยอมไปแล้ว และการถอนความยินยอม จะไม่มีผลต่อมาตรฐานการรักษาตามหลักวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพทันตกรรม

หากมีความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการทำหัตถการตามมาตรฐานวิชาชีพ ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้อง ค่าเสียหายใด ๆ จากโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์

ข้าพเจ้ารับทราบข้อมูลดังกล่าว และลงลายมือชื่อเพื่อเป็นหลักฐานยืนยันแสดงความยินยอมตาม วัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ

(.....)

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย

ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

วันที่เวลา

หมายเหตุ 1. กรณีผู้ป่วยมารับการรักษาเพียงคนเดียว กรุณาลงบันทึก “ผู้ป่วยมาคนเดียว” ในช่องลงนามพยานและเซ็นชื่อกำกับ

2. กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ ผู้ปกครองเซ็นชื่อในช่อง ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย