

หนังสือยินยอมรับการรักษา โรงพยาบาลบ้านหลวง [update ๒๑/๓/๒๕๖๒]

(เกณฑ์ 9)

(เกณฑ์ 1) วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น.

ข้าพเจ้า () นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี (ผู้ป่วย)
() นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี (ผู้แทนโดยชอบธรรม) มีความเกี่ยวข้องเป็น.....
ของ(ระบุชื่อผู้ป่วย) เนื่องจากผู้ป่วย () อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี () สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ () มีความ
บกพร่องทางจิต () อื่นๆระบุ.....

ยินยอมให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพทำการรักษาพยาบาล โดยข้าพเจ้ายอมรับผลที่จะเกิดขึ้นจากการรักษานั้น ทั้งนี้ข้าพเจ้า
ได้รับข้อมูลและการอธิบายให้ทราบถึง

() การวินิจฉัยโรคขั้นต้น..... () ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา.....

(เกณฑ์ 6) () เหตุผล/ความจำเป็นในการเข้ารับการรักษา.....

(เกณฑ์ 6) () วิธีการรักษา/หัตถการ/การใช้ยาระงับความรู้สึก.....

(เกณฑ์ 7) ทางเลือก หากผู้ป่วยมีการตอบสนองกับผลการรักษาดี อาการหายเป็นปกติ/ดีขึ้น/ทุเลา สามารถกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านได้ แต่
หากมีอาการเปลี่ยนแปลง อาการแย่ลง มีภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดภาวะฉุกเฉินอื่น แพทย์จะพิจารณาเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา หรือ
พิจารณาส่งตัวไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้น หากเกินขีดความสามารถของ รพ.บ้านหลวง

(เกณฑ์ 7) () ข้อดีของการรักษา.....

(เกณฑ์ 7) () ข้อเสียหากไม่ได้รับการรักษา.....

(เกณฑ์ 8) () ระยะเวลาในการรักษา.....

(เกณฑ์ 8) () ผลการรักษา.....

(เกณฑ์ 8) () ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น.....

() อื่นๆ แนะนำสถานที่และการปฏิบัติตัวขณะพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลบ้านหลวง

ทั้งนี้ข้าพเจ้า เข้าใจถึงความจำเป็นอันเป็นเหตุให้ต้องรับการตรวจวินิจฉัย รักษาหรือผ่าตัดในโรงพยาบาลบ้านหลวง ข้าพเจ้า
ยินยอมให้แพทย์และผู้ได้รับการมอบหมายสามารถกระทำการดังกล่าวข้างต้น โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของ
การตรวจวินิจฉัยหรือแผนการรักษา ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการรักษาพยาบาลโดยไม่
ส่งผลกระทบต่อสิทธิในการขอรับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปของข้าพเจ้า จึงลงลายมือหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน



ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างขวา



(เกณฑ์ 3)

ลงชื่อ ผู้ป่วย หรือ ผู้อนุญาตของผู้ป่วย

(.....) เวลา.....น.

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะ..... วันที่/...../.....

ลงชื่อ.....ผู้อธิบาย/ให้ข้อมูล

(.....) (เกณฑ์ 2)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

ลงชื่อ พยานฝ่ายผู้ป่วย

(.....) (เกณฑ์ 4)

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะ.....

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายโรงพยาบาล

(.....) (เกณฑ์ 5)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

หมายเหตุ () ผู้ป่วยมากคนเดียว/ไม่มีญาติ

ลงชื่อ แพทย์ผู้ทำการรักษา

(.....)

หมายเหตุ ผู้อนุญาตของผู้ป่วย หมายถึง ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน ๒๐ปีหรือไม่ได้บรรลุนิติภาวะโดยจดทะเบียนสมรส)
คู่สมรส/บุพการี และหรือผู้สืบสันดานตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

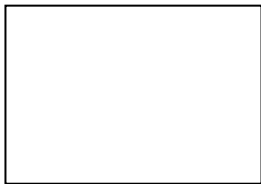
คำไม่ยินยอมให้การรักษาพยาบาลหรือผ่าตัด

[update ๒๑/๓/๒๕๖๒]

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....

ข้าพเจ้า () นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี (ผู้ป่วย)
() นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี (ผู้แทนโดยชอบธรรม) มีความ
เกี่ยวข้องเป็น.....ของ(ระบุชื่อผู้ป่วย) เนื่องจากผู้ป่วย () อายุ
ต่ำกว่า ๒๐ ปี () สติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ () มีความบกพร่องทางจิต () อื่นๆระบุ.....

ขอรับรองว่าไม่สมัครใจอยู่รับการรักษา/ทำหัตถการ/ส่งตัวไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้น ที่เกิน
ขีดความสามารถของ รพ.บ้านหลวง /ทำการผ่าตัดในโรงพยาบาลบ้านหลวง ต่อไป หากบังเกิดผลเสียหายหรืออันตรายอย่าง
ใดเกิดขึ้นแก่.....ข้าพเจ้าจะไม่ถือเป็นการรับผิดชอบของโรงพยาบาลบ้านหลวง
แต่ประการใด



ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างขวา



ลงชื่อผู้ป่วย หรือ ผู้อนุญาตของผู้ป่วย
(.....) เวลา.....น.
เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะ..... วันที่/...../.....

ลงชื่อ.....ผู้อธิบาย/ให้ข้อมูล
(.....)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

ลงชื่อพยานฝ่ายผู้ป่วย
(.....)
เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะ.....

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายโรงพยาบาล
(.....)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

หมายเหตุ () ผู้ป่วยมากคนเดียว/ไม่มีญาติ

ลงชื่อ แพทย์ผู้ทำการรักษา
(.....)

หมายเหตุ

1. ผู้ป่วยต้องลงลายมือชื่อด้วยตนเอง โดยบรรลุนิติภาวะ มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
2. ผู้ดูแล กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ
3. ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ
4. หากขาดข้อใดข้อหนึ่งให้ญาติที่ใกล้ชิดที่สุดทางกฎหมายเป็นผู้ลงนามรับผิดชอบ