



โรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง
Vejjarak Lampang Hospital

หนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาพยาบาล งานบริการผู้ป่วยใน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ให้ผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อความและกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....อายุ.....ปี

☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ อื่นๆ(ระบุ).....เลขที่บัตร.....

สังกัด.....ในฐานะ ☐ ผู้ป่วย ☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนในฐานะ.....ของผู้ป่วย

ชื่อ ☐ ด.ช ☐ ด.ญ ☐ นาย ☐ นางสาว.....HN.....AN.....

ได้รับทราบข้อความในหนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาพยาบาลจากแพทย์ และ/หรือ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของ
โรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง และได้พิจารณาโดยละเอียดถี่ถ้วนแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ และ/หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ รวมทั้งบุคลากรของโรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง
ดำเนินการทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจทางการแพทย์เช่น
กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การใส่กายอุปกรณ์เสริม/เทียม การฝังเข็ม การให้ยาระงับความรู้สึก การฉีดยาหรือสารเข้าร่างกาย
การผ่าตัด การรักษาด้วยวิธีพิเศษทุกชนิด โดยข้าพเจ้าจะได้รับคำอธิบายถึงผลดี ผลเสียที่อาจจะมีขึ้นและตัดสินใจรับการรักษาด้วย
ข้าพเจ้าเองตลอดจนยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการวินิจฉัย รักษาพยาบาลนั้นๆ รวมทั้งยินยอมให้ส่งผู้ป่วยไปเพื่อรับการตรวจรักษา
ณ สถานพยาบาลอื่นเมื่อมีเหตุอันสมควร ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อชีวิตและสุขภาพของ ข้าพเจ้า ผู้ป่วย

ข้าพเจ้าขอให้อีกหนังสือแสดงความยินยอมฉบับนี้ มีผลใช้บังคับตลอดเวลาที่ ☐ ข้าพเจ้า ☐ ผู้ป่วย อยู่ใน
โรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง และยินยอมที่จะปฏิบัติตามระเบียบของโรงพยาบาลเวชารักษ์ ลำปาง ทุกประการ

ลงชื่อ..... (.....) ☐ ผู้ป่วย/ ☐ ผู้มีอำนาจแทน

ลงชื่อ..... (.....) พยาน (ผู้อธิบายก่อนรับการรักษา)

ลงชื่อ..... (.....) พยาน (เจ้าหน้าที่ตึกที่รับผู้ป่วย)

วันที่...../...../.....เวลา.....น.

หมายเหตุ 1. ให้ชี้แจงทุกครั้งก่อนลงลายมือชื่อในหนังสือคำยินยอมให้ทำการรักษา ผู้ให้คำยินยอม ได้แก่

- 1.1 ผู้ป่วย กรณีบรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
 - 1.2 สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย และฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีสัมปชัญญะ (ไม่รู้สีกตัว)
 - 1.3 ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ
 - 1.4 ผู้อนุบาล กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ
 - 1.5 ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ
 - 1.6 ในกรณีบรรลุนิติภาวะ และไม่มีสติสัมปชัญญะ บิดา-มารดา-ญาติ-ผู้ปกครอง
2. กาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ แล้วกรอกข้อความที่เว้นว่างไว้
3. ต้องมีพยานรับรองอย่างน้อยสองคน