



Praram 9
Hospital

หนังสือแสดงเจตจำนง
ปฏิเสธการบันทึกภาพ วีดีโอ และเสียงในการรับ
บริการการแพทย์ทางไกล (Telehealth Service)

Name:Gender:Page.....
DOB:Age:HN:VN:
Visit Date:Time:Physician:
Allergies:
Blood Reaction:

ข้าพเจ้า.....ผู้ซึ่งเป็น ☐ ผู้ป่วย ☐ ตัวแทนของผู้ป่วย (โปรดระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
.....) ได้รับการอธิบายอย่างละเอียดโดย แพทย์ผู้ดูแลรักษา คือ นพ./พญ.

ดังต่อไปนี้ :

1. เหตุผลและวัตถุประสงค์ของการบันทึกภาพ วีดีโอ และเสียง ในการรับบริการการแพทย์ทางไกล (Telehealth service)
2. ทางเลือกอื่นๆ ของการตรวจรักษา คือ แนะนำให้พบแพทย์ที่โรงพยาบาล
3. ประโยชน์ของการบันทึกภาพ วีดีโอ และเสียง เมื่อรับบริการการแพทย์ทางไกล (Telehealth Service)
4. ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการปฏิเสธการบันทึกภาพ วีดีโอ และเสียงในการบริการแพทย์ทางไกล (Telehealth Service)
5. เอกสารประกอบการให้ข้อมูล ☐ ไม่มี ☒ มี : นโยบายบริการการแพทย์ทางไกล (Telehealth Service) (HP-HCT-03)

ข้าพเจ้าได้รับโอกาสจากแพทย์ผู้รักษาอย่างเต็มที่ในการถามคำถาม และคำถามทั้งหมดได้รับคำตอบอย่างเต็มที่เป็นที่พอใจของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าตัดสินใจเลือกที่จะปฏิเสธการบันทึกภาพ วีดีโอ และเสียง ในการรับบริการแพทย์ทางไกล โดยที่ข้าพเจ้ายอมรับความเสี่ยง
และผลที่อาจเกิดขึ้นจากการตัดสินใจของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าโรงพยาบาล, เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และแพทย์ผู้รักษา ไม่มีความรับผิดชอบใดๆ ต่อผลที่อาจเกิดจากการ
ตัดสินใจของข้าพเจ้าในการปฏิเสธการรักษา หรือการผ่าตัด หรือหัตถการ หรือการตรวจที่แพทย์แนะนำ

การแปลและการให้ข้อมูลโดยผู้แปลภาษา

ข้าพเจ้าได้แปลหนังสือแสดงเจตจำนงปฏิเสธการตรวจรักษา รวมทั้งข้อมูลซึ่งแพทย์ได้อธิบายให้ผู้ป่วยหรือผู้แทนผู้ป่วยทราบ
ในภาษา.....ชื่อผู้แปล.....วันที่.....

แพทย์หรือผู้ให้ข้อมูลลงนาม	ผู้ป่วยหรือผู้แทนผู้ป่วยลงนาม	พยานลงนาม	พยานลงนาม
✕	✕	✕	✕
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
วันที่.....เวลา.....	วันที่.....เวลา.....	วันที่.....เวลา.....	วันที่.....เวลา.....

(กรณีพิมพ์ลายนิ้วมือผู้ป่วยให้มีพยานฝ่ายผู้ป่วย 2 คนและกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีญาติให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นพยานได้)

ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติ *ข้อความดังกล่าวข้างต้นได้ถูกอธิบายให้ผู้ที่มีอำนาจ

ตามกฎหมายในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย (นามดังกล่าวข้างล่าง) ได้รับทราบและแสดงเจตจำนงปฏิเสธการตรวจ รักษา ดังกล่าวแล้ว

ชื่อผู้แทนผู้ป่วย..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบอร์โทรศัพท์.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....

ประเภทของบัตร ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ ใบอนุญาตขับรถ ☐ หนังสือเดินทาง
หมายเลขบัตรสถานที่ออกบัตร.....วันที่ออกบัตร.....วันที่บัตรหมดอายุ

* โปรดระบุเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเซ็นยินยอมเพื่อรับการรักษาด้วยตนเองได้

☐ ผู้ป่วยอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์

☐ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต (ระบุ)

☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)