

ข้อกำหนดและการให้ความยินยอมรับบริการ การแพทย์ทางไกล หรือโทรเวช (telemedicine) และคลินิกออนไลน์

| ชื่อผู้รับบริบาล (นาย, นาง, น.ส., ค.ช., ค.ญ | นามสกุล |
|--|---|
| Name(Mr., Ms., Master) กรุณาเขียนตัวพิมพ์ใหญ่ | Surname |
| วัน/เดือน/ปีเกิดอายุอายุ | ปี เชื้อชาติ ศาสนา |
| | ระดับการศึกษา 🗆 ต่ำกว่าปริญญาตรี 🗆 ปริญญาตรี 🗆 ตั้งแต่ปริญญาโทขึ้นไป |
| ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน | |
| โทรศัพท์บ้าน | โทรศัพท์มือถือ E-mail address |
| ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ | |
| | ใ แพ้ ระบุชื่อยา/อาหารที่แพ้ |
| การอนุญาตให้โรงพยาบาลพระรามเก้าถ่ายรูปเพื่ | อเก็บไว้ในแพ้มประวัติ 🛘 อนุญาต 🗀 ไม่อนุญาต |
| ผู้ป่วยมีผู้แทนซึ่งรับผิดชอบและตัดสินใจแทนเกี่ยว | วกับภาวะสุขภาพ (กรณีที่ผู้รับบริบาลไม่อยู่ในสภาวะที่จะกระทำการเองได้) |
| ไม่มี มี ซื่อ สกุส | ง เบอร์โทรศัพท์ความสัมพันธ์กับผู้รับบริบาล เบอร์โทรศัพท์ |
| • | - |
| ข้อกำหนดและการให้ความยินย | ขอมรับบริการ การแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (telemedicine) และคลินิกออนไลน์ |
| | Praram 9 Hospital Public Company Limited |
| _ | รือโทรเวช (Telemedicine) และคลินิกออนไลน์ นี้ เป็นการให้บริการทางการแพทย์ โดยการส่งผ่าน |
| - | <u>ั</u> นโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้การปรึกษา คำแนะนำ แก่ |
| | น เพื่อการดำเนินการทางการแพทย์ในกรอบแห่งความรู้ทางวิชาชีพเวชกรรม ตามภาวะ วิสัย และ |
| | างไกลหรือโทรเวช (Telemedicine) และคลินิกออนไลน์ |
| _ | ์ ทางไกล "(telemedicine) หมายความว่า เป็นการส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์แผน |
| · - | งถานพยาบาลภาครัฐและ/หรือเอกชนจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่งโดยอาศัยวิธีการทาง |
| - | ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคคลอื่นใด เพื่อการดำเนินการทางการแพทย์ในกรอบแห่งความรู้ทาง |
| · | ณ์ที่เป็นอยู่ โดยความยินยอมร่วมกันของผู้ให้บริบาลและผู้รับบริบาลในขณะนั้น ทั้งนี้โดยความ |
| รับผิดชอบของผู้ส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทาง | |
| | มว่า สถานพยาบาลที่เป็นของภาครัฐและ/หรือเอกชน ที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง |
| | บ ริบาลโทรเวช หรือ บริบาลการแพทย์ทางไกล" หมายความว่า การดำเนินการโดย "โทรเวช" |
| หรือ "การแพทย์ทางไกล" | |
| - | า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้บริบาลโดยโทรเวช หรือ การแพทย์ทางไกล (telemedicine) |
| - | า บุคคลที่ได้รับ "โทรเวช" หรือ "การแพทย์ทางไกล" (telemedicine) |
| | สถานพยาบาลตามที่กฎหมายกำหนด |
| "การบริบาล " หมายความว่า | า กระบวนการเพื่อผลแห่ง "โทรเวช" หรือ การแพทย์ทางไกล" (telemedicine) |
| การตกลงใช้บริการ ทางการเ | แพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (telemedicine) และคลินิกออนไลน์นี้ ถือว่าผู้รับบริบาลได้อ่านข้อกำหนด |
| เข้าใจดีแล้วและยินยอมปฏิบัติตามข้อกำหนด รว: | มถึงข้อควรปฏิบัติต่างๆที่เกี่ยวข้องกับข้อกำหนดนี้ |
| 1. บริกา ร | |
| 1.1 บริการการแพทย์ทางไ | กลหรือโทรเวช (Telemedicine) และคลินิกออนไลน์ ให้บริการผ่านเว็บไซต์ (Website) หรือ |
| แอพลิเคชัน (Applicat | ion) ซึ่งประกอบด้วยบริการต่างๆ และข้อพึงระวังดังต่อไปนี้ |
| (ก) บริการทางการแพ | เทย์ทางไกลหรือโทรเวช (Telemedicine) และคลินิกออนไลน์ นี้ไม่เหมาะ ต่อผู้รับบริบาลที่มีอาการ |
| | ยบพลัน อาการสาหัส หรืออยู่ในอาการที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยเร่งด่วน ซึ่งกรณีดังกล่าว |
| | วยเหลือจากโรงพยาบาล หน่วยรถพยาบาลฉุกเฉิน รวมถึงไม่เหมาะกับผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง |
| ได้ และผู้ที่ยังไม่บ | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · |
| (ข) บริการจัดส่งยาตา | ามค่ำสั่งของแพทย์ ไปยังภูมิลำเนาของท่าน |

(ค) บริการ จัดส่งทีมงานทางการแพทย์ เพื่อเก็บตัวอย่าง ณ ภูมิลำเนาของท่าน เพื่อนำกลับมาตรวจวิเคราะห์ทาง

ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคทั่วไป หรือเพื่อการตรวจวินิจฉัยอาการเบื้องต้นบริการอื่นๆ

| Name | DOB | HN | Visit Date | Time |
|-------|-----|--------|------------|------|
| Naiic | DOD | I II N | visit Date | |

- 1.2 การออกใบรับรองแพทย์ขึ้นอยู่กับคุลยพินิจของแพทย์ผู้ให้บริบาลแต่เพียงผู้เดียว หรือจากการพิจารณาการยืนยันตัวตนของ ผู้รับบริบาล จากระบบการให้บริบาลผ่านระบบบริบาลโทรเวช หรือบริบาลการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ภายใต้ มาตรฐานด้านสารสนเทศ ที่หน่วยงานรับผิดชอบที่กำกับดูแลเรื่องการยืนยันตัวบุคคลของรัฐเป็นผู้กำหนด
- 1.3 บริการด้านจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry)
 - 1.3.1 บริการนี้ครอบคลุมการให้คำปรึกษา วินิจฉัย และติดตามอาการทางจิตเวชโดยผู้เชี่ยวชาญ ผ่านช่องทาง อิเล็กทรอนิกส์ เช่น เว็บไซต์หรือแอปพลิเคชัน
 - 1.3.2 เหมาะสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือปัญหาพฤติกรรมที่ไม่ฉุกเฉิน
 - 1.3.3 ไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิต เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย หรือความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากสถานพยาบาล

2. หน้าที่ของผู้รับบริบาล

- 2.1 ต้องลงทะเบียนแสดงและยืนยันตัวตนที่ ร.พ.พระรามเก้า หรือ ผ่านระบบออนไลน์ ก่อนรับบริบาลโทรเวช หรือ การแพทย์ ทางไกล (telemedicine) ตามระเบียบของโรงพยาบาลพระรามเก้าจนแล้วเสร็จ รวมถึงให้ข้อมูลต่างๆ ของผู้รับบริบาล รวมถึงข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ภาพถ่ายผู้รับบริบาล สำเนาบัตรประชาชน สถานที่ติดต่อ ผู้ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน เบอร์ติดต่อของผู้รับบริบาลและผู้เกี่ยวข้อง และ/หรือ ข้อมูลสุขภาพทั่วไปและที่จำเป็น
- 2.2 ผู้รับบริบาลรับรองว่าข้อมูลต่างๆ ที่ได้ให้ไว้สำหรับการรับบริบาลนี้เป็นความจริงทั้งสิ้น
- 2.3 ผู้รับบริบาลจะไม่ใช้บริการนี้เพื่อวัตถุประสงค์ที่ขัดต่อกฎหมาย และจะปฏิบัติตามกฎหมายหรือกฎระเบียบต่างๆ
- 2.4 การชำระเงินการเข้ารับบริการนี้ ให้เป็นไปตามข้อตกลงที่กำหนดไว้

3. ผู้รับบริบาลรับทราบข้อเท็จจริงและเคารพในดุลพินิจของผู้ให้บริบาลและยอมรับผลทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

- 3.1 ผู้ให้บริบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและ จริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครอง ตามที่กฎหมายกำหนดและมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากการถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นธรรม
- 3.2 การแพทย์ในที่นี้หมายถึงการแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ โดยองค์ความรู้ในขณะนั้นว่ามี ประโยชน์มากกว่าโทษสำหรับผู้ป่วย
- 3.3 การแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัย ป้องกัน หรือรักษาให้หายได้ทุกโรคหรือทุกสภาวะ
- 3.4 การรักษาพยาบาลทุกชนิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ได้ นอกจากนี้เหตุสุดวิสัยอาจเกิดขึ้นได้แม้ผู้ให้บริบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะใช้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ในการรักษาพยาบาล นั้นๆ แล้ว
- 3.5 การตรวจเพื่อการคัดกรอง วินิจฉัย และติดตามการรักษาโรค อาจให้ผลที่คลาดเคลื่อนได้ด้วยข้อจำกัดของเทคโนโลยีที่ใช้ และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน
- 3.6 ผู้ให้บริบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีสิทธิใช้คุลพินิจในการเลือกกระบวนการรักษาพยาบาลตามหลักวิชาการ ทางการแพทย์ตามความสามารถและข้อจำกัด ตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ที่มีอยู่รวมทั้งการปรึกษาหรือส่งต่อโดย คำนึงถึงสิทธิและประโยชน์โดยรวมของผู้ป่วยหรือผู้รับบริบาล
- 3.7 เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยหรือผู้รับบริบาลผู้ให้บริบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอาจให้ คำแนะนำ หรือส่งต่อผู้ป่วย หรือผู้รับบริบาลให้ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็น อันตรายต่อชีวิต
- 3.8 การปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อเท็จจริงต่างๆ ทางการแพทย์ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริบาลต่อผู้ให้บริบาลหรือผู้ประกอบ วิชาชีพด้านสุขภาพอาจส่งผลเสียต่อกระบวนการรักษาพยาบาล

4. ทรัพย์สินทางปัญญา

- 4.1 การใช้บริการนี้ ไม่ก่อให้ผู้รับบริบาลเกิดความเป็นเจ้าของในทรัพย์สินทางปัญญาใดที่เกิดขึ้น แต่อย่างใด
- 4.2 บริษัท โรงพยาบาลพระรามเก้า จำกัด (มหาชน) เป็นเจ้าของในกรรมสิทธิ์ของทรัพย์สินทางปัญญาทั้งหมดที่เกิดจากการ ให้บริการนี้แต่ผู้เดียว
- 4.3 การทำวิศวกรรมย้อนกลับ ถอดรหัส หรือปลดล็อก ส่วนต่างๆ ในเว็บไซต์ หรือกระทำการใดๆเพื่อให้ได้มาซึ่งแหล่งที่มา (Source code) ของบริการหรือเนื้อหาในบริการนี้ ถือเป็นความผิดกฎหมายและผิดสัญญา

Category. 23.3

| Name DOBHN | Time |
|------------|------|
|------------|------|

5. การปฏิเสธความรับผิด

เป็นที่เข้าใจตรงกันว่า "โทรเวช" หรือ "การแพทย์ทางไกล"(Telemedicine) เป็นการให้บริบาลเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ ผู้รับบริบาลที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างใกล้ชิดจากแพทย์หรือจำเป็นต้องใช้เวชภัณฑ์ หรือเครื่องมือทางการแพทย์ในการตรวจและบริบาล ผู้รับบริบาลทราบดีว่าการรับบริการนี้ สัญญาณเชื่อมต่อทางภาพ เสียง หรือ ข้อมูลที่ให้คำปริกษานั้นอาจเกิดความล่าช้า ความไม่เหมาะสมหรือไม่สมบูรณ์ หรือล้มเหลวในการส่งผ่าน หรือการสื่อสารเนื้อหา ทางการแพทย์ และอาจส่งผลต่อความสำเร็จของการบริบาล จึงไม่มีการรับผิดชอบต่อผลของการบริบาลแต่อย่างใด รวมถึงไม่มีการรับประกันการสูญหายการใจรกรรมการส่งข้อมูลผ่านทางอินเตอร์เน็ตแต่อย่างใด

6. การชดใช้ค่าเสียหาย

ผู้รับบริบาลจะปกป้องการเข้าถึงข้อมูลต่างๆจากการเข้าใช้เว็บไซต์ หรือแอพลิเคชัน (Application)ที่ใช้ในการเข้ารับบริการนี้ การละเมิดความลับหรือสิทธิของบุคคล ไม่ว่าจะเกิดขึ้นด้วยความจงใจหรือประมาทเลินเล่อ หรือจากการทำผิดข้อกำหนดนี้ผู้ให้ บริบาลและสถานพยาบาลสามารถเรียกร้องค่าเสียหายได้

7. เหตุสุดวิสัย

"เหตุสุดวิสัย" หมายถึง เหตุการณ์ซึ่งเกิดขึ้นนอกเหนือจากการควบคุมที่เหมาะสม ของฝ่ายที่ประสบเหตุสุดวิสัยดังกล่าว ซึ่ง ส่งผลให้ฝ่ายนั้นไม่สามารถที่จะป้องกันหรือดำเนินการใดๆ ตามข้อกำหนดและเงื่อนไขนี้ได้ เหตุการณ์ดังกล่าวรวมถึงการใดๆ ที่ ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินอุตสาหกรรมต่อได้ หรือข้อพิพาทแรงงาน เหตุการณ์ไม่สงบ สงคราม หรือภัยคุกคามจากสงคราม หรือ การก่อการร้าย การเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติหรือกฎเกณฑ์ของหน่วยงานราชการ การเชื่อมต่อทางโทรคมนาคมหรือสาธารณูปโภค ล้มเหลว พลังงานขาดแคลน ไฟไหม้ การระเบิด ภัยธรรมชาติ และโรคระบาด และฝ่ายที่ประสบเหตุสุดวิสัยไม่ต้องรับผิดชอบต่อ หน้าที่ที่ต้องปฏิบัติแต่อย่างใด ทั้งนี้ต้องปฏิบัติหน้าที่นั้นเมื่อเหตุสุดวิสัยได้ลิ้นสุดลง

8. การเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดและเงื่อนไข

ข้อกำหนดนี้ อาจเปลี่ยนแปลงแก้ไขโดยผู้ให้บริบาลและสถานพยาบาลโดยไม่ต้องมีการแจ้งล่วงหน้า การแก้ไขเปลี่ยนแปลง ข้อกำหนดดังกล่าวมีผลใช้บังคับในวันที่ได้มีการแสดงบนเว็บไซต์ฯ เว้นแต่จะระบุไว้เป็นอย่างอื่น การเข้ารับบริการนี้ ถือเป็นการตก ลงที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าว และการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใดๆ เป็นการลบล้างข้อกำหนด และเงื่อนไขก่อนหน้านี้ทั้งหมดแต่ไม่มีผลย้อนหลังต่อข้อกำหนดเดิมที่ได้ปฏิบัติต่อกันมาแล้วแต่อย่างใด

9. ความสมบูรณ์ของข้อกำหนด

หากชื้อความใดในข้อกำหนดนี้ขัดต่อ ศีลธรรมอันดีหรือขัดต่อกฎหมาย และตกเป็นโมฆะ หรือใช้บังคับไม่ได้ ให้ถือว่าเฉพาะ ข้อความดังกล่าวนั้นเสียไปและให้ข้อกำหนดส่วนที่เหลือยังมีผลใช้บังคับต่อไปภายใต้กฎหมายไทย

การสละสิทธิใดๆ ทางกฎหมายของผู้ให้บริบาลหรือสถานพยาบาล ภายใต้ข้อกำหนดนี้ จะมีผลสมบูรณ์เมื่อได้กระทำเป็น ลายลักษณ์อักษรแล้วเท่านั้นซึ่งไม่รวมถึงทางเว็บไซต์หรือทางแอพพลิเคชั่นหรือทางอินเทอร์เน็ตแต่อย่างใด

10. การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

- 10.1 การให้ความยินยอมรับการรักษาข้าพเจ้าได้รับทราบคำประกาศสิทธิและข้อพึ่งปฏิบัติของผู้ป่วย และทราบว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ ที่ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาและสิทธิที่จะรับรู้วิธีการตรวจการรักษาทางเลือกอื่นๆรวมทั้งอาการไม่พึ่งประสงค์หรือ ภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ ข้าพเจ้า ☐ ยินยอมโดยสมัครใจ ☐ ไม่ยินยอม ให้คณะแพทย์/ ทันตแพทย์ และบุคลากร ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลพระรามเก้า ทำการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกตามหลักวิชาการแพทย์ที่ เหมาะสม
- 10.2 การเก็บรวมรวมข้อมูลส่วนบุคคล เมื่อข้าพเจ้าลงนามในเอกสารฉบับนี้ ข้าพเจ้ายืนยันว่าได้อ่านและรับทราบนโยบาย คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของโรงพยาบาลพระรามเก้า รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบครบถ้วนแล้ว ซึ่งนโยบาย คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าว อธิบายถึงวิธีการที่โรงพยาบาลพระรามเก้าจะทำการเก็บ รวบรวม ใช้ เปิดเผย และส่ง หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลใด ๆ ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ารับทราบและยืนยันว่าโรงพยาบาลพระรามเก้าสามารถอาศัยฐานทาง กฎหมายอื่นในการทำการเก็บ รวบรวม ใช้ เปิดเผย และส่งหรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลใด ๆ ของข้าพเจ้าได้ โดยไม่ต้องอาศัย ความยินยอมอย่างขัดแจ้ง ทั้งนี้ เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อ

Category. 23.3 Page 3/4 QF-PFR-107-TH/Rev.2 (01-07-68)

| | | | DOBI | ⊣N V | isit Date | Time |
|---|--|---|--|--|---------------------------------------|---|
| | | (1) วัตถุประสงค์ | ใดซึ่งระบุไว้ในนโยบา | ยคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลขย | บงโรงพยาบาลพระ | ะรามเก้า และ/หรือเพื่อประโยช |
| | | ของข้าพเจ้า | | | | |
| | | (2) ปฏิบัติให้เป็น | เไปตามบทบัญญัติข _ั | งกฦหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึ | งเพื่อเวชศาสตร์ป้ | องกันหรืออาชีวเวชศาสตร์ กา |
| | | | | == | | ารให้บริการด้านสุขภาพหรือด้า |
| | | | | - | | รด้านสังคมสงเคราะห์ ประโยช |
| | | | | • | | ยหรือการควบคุมมาตรฐานหรื |
| | | | | • | | -··· - · · · · · · · · · · · · · · · · |
| | | | | • | | ะสบภัยจากรถ หรือการคุ้มครช |
| | | | | าง ของผู้ จักทับการกาฏที่จำก ศาสตร์ประวัติศาสตร์ หรือสถิเ | | |
| | 10.2 | | | | | เฉากร เกเบบน ัทต้นสังกัดเพื่อประโยชน์ผู้ป่ว |
| | 10.3 | | = : | | | ทดนถงบดเพยบระเอบนผูบ ภ รวม ใช้ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคค |
| | | | | | | รม เบ เบศเผยขอมูลสานบุคค งรายละเอียดค่ารักษาพยาบา |
| | | _ | _ | | | |
| | | | | | | ท่าสินไหมทดแทน ค่าชดเชย ค |
| | | | | • | | ของข้าพเจ้าทั้งหมด (รวมเรียกว |
| | | | | 2 | • | ลหรือนิติบุคคลที่ต้องชำระค่ |
| | | | | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | /บุคคลหรือนิติบุคคลที่ต้องชำร |
| | | | · · | | า ข้าพเจ้าเป็นผู้รับ | มผิดชอบชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้ |
| | | | ระรามเก้า โดยไม่มีเงื่อ | | | |
| | 10.4 | การเก็บรวมรวมข้อมุ | มูลส่วนบุคคลเพื่อการแ | จ้งสิทธิประโยชน์ทางการแพท | ย์ | |
| | | | | | | คคล เพื่อแจ้งสิทธิประโยชน์ทา |
| | | | | | | ข้อมูลข่าวสารดังกล่าว หรือส่ง |
| | | แบบสอบถามเพื่อกา | ารประเมินผลการให้บริ | การของบริษัท ให้กับข้าพเจ้า | ได้ ซึ่งข้าพเจ้าสามา | ารถยกเลิกความยินยอมในการ |
| | | รับแจ้งข้อมูลข่าวสา | รได้ตามช่องทางที่โรงท | งยาบาลพระรามเก้ากำหนด | | |
| | | จ้าได้อ่านข้อกำหน ขอมรับเงื่อนไขตาม | | เพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (| (Telemedicine) แ | เละคลินิกออนไลน์ เข้าใจ |
| | และ ย □ ยิ่' | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม 🏻 ไม่ยินยอ | ข้อกำหนดนี้ ม | | | |
| | และย | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม 🏻 ไม่ยินยอ | ข้อกำหนดนี้ ม | แพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (ผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม | | เละคลินิกออนไลน์ เข้าใจ พยานลงนาม |
| | และ ย □ ยิ่' | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม 🏻 ไม่ยินยอ | ข้อกำหนดนี้ ม | | | |
| | และ ย □ ยิ่' | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม 🏻 ไม่ยินยอ | ข้อกำหนดนี้ ม | | | |
| | และย □ ยิ ผู้ให้ข้อมูล | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม □ ไม่ยินยอ ลงนาม | ข้อกำหนดนี้ ม ผู้รับบริบาลหรือ | ผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม | 1 | พยานลงนาม |
| (| และย □ ยิ ผู้ให้ข้อมูล | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม □ ไม่ยินยอ ลงนาม | ข้อกำหนดนี้ ม ผู้รับบริบาลหรือ | ผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม | (| พยานลงนาม) |
| (| และย □ ยิ ผู้ให้ข้อมูล | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม □ ไม่ยินยอ ลงนาม | ข้อกำหนดนี้ ม ผู้รับบริบาลหรือ | ผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม | (| พยานลงนาม |
| วันที่ | และย □ ยิ ผู้ให้ข้อมูล | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม □ ไม่ยินยอ ลงนาม) | ข้อกำหนดนี้ ม ผู้รับบริบาลหรือ | ผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม | (| พยานลงนาม)) |
| วันที่ ในกรณีที่ผู้ | และย □ ยิ ผู้ให้ข้อมูล เร็บบริบาลอยู่ใเ | ยอมรับเงื่อนไขตาม นยอม □ ไม่ยินยอ ลงนาม)) | ข้อกำหนดนี้ ม ผู้รับบริบาลหรือ (| ัผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม) | ••••••••••••••••••••••••••••••••••••• | พยานลงนาม) |
| วันที่ ในกรณีที่ผู้ ผู้รับบริบาร | และย □ ยิ ผู้ให้ข้อมูล ไร้บบริบาลอยู่ใเ ล ได้รับทราบแผ | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม □ ไม่ยินยอ ลงนาม)เวลา) มภาวะที่ไม่อาจให้คว | ข้อกำหนดนี้ ม ผู้รับบริบาลหรือ (วันที่ กมยินยอมตามปกติ ข้ | ผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม) | • • • • • • • • • • • • • • • • • • • | พยานลงนาม |
| วันที่ ในกรณีที่ผู้ ผู้รับบริบาร ประเภทขอ | และย □ ยิ ผู้ให้ข้อมูล เร็บบริบาลอยู่ใเ ล ได้รับทราบแผ องบัตร □ บัตร | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม □ ไม่ยินยอ ลงนาม) เวลา) มาาวะที่ไม่อาจให้คว | ข้อกำหนดนี้ ม ผู้รับบริบาลหรือ (| ผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม | • • • • • • • • • • • • • • • • • • • | พยานลงนาม |
| วันที่ ในกรณีที่ผู้ ผู้รับบริบาย ประเภทขอ | และย □ ยิ ผู้ให้ข้อมูล เร้บบริบาลอยู่ใเ ล ได้รับทราบแ องบัตร □ บัตร บุเหตุผลที่ทำใ | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม □ ไม่ยินยอ ลงนาม)) มภาวะที่ไม่อาจให้ควะ มะแสดงความยินยอม ประจำตัวประชาชน เห้ผู้ป่วยไม่สามารถ | ข้อกำหนดนี้ ม ผู้รับบริบาลหรือ (| ผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม) | • • • • • • • • • • • • • • • • • • • | พยานลงนาม |
| วันที่ ในกรณีที่ผู้ ผู้รับบริบาง ประเภทของ * โปรดระ | และย □ ยิ ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูล องบัตร □ บัตร บุเหตุผลที่ทำใ เบริบาลอายุไม่ผ | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม | ข้อกำหนดนี้ ม ผู้รับบริบาลหรือ | ผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม | • • • • • • • • • • • • • • • • • • • | พยานลงนาม |
| วันที่ ในกรณีที่ผู้ ผู้รับบริบาะ ประเภทขย * โปรดระ □ ผู้รับ □ ผู้รับ | และ ย | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม | ข้อกำหนดนี้ ม ผู้รับบริบาลหรือ (| ผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม | • • • • • • • • • • • • • • • • • • • | พยานลงนาม |
| วันที่ ในกรณีที่ผู้ ผู้รับบริบาะ ประเภทขย * โปรดระ □ ผู้รับ □ ผู้รับ | และ ย | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม | ข้อกำหนดนี้ ม ผู้รับบริบาลหรือ | ผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม | • • • • • • • • • • • • • • • • • • • | พยานลงนาม |
| วันที่ ในกรณีที่ผู้ ผู้รับบริบาะ ประเภทขย * โปรดระ □ ผู้รับ □ ผู้รับ | และ ย | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม | ข้อกำหนดนี้ ม ผู้รับบริบาลหรือ (| ผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม | • • • • • • • • • • • • • • • • • • • | พยานลงนาม |
| วันที่ ในกรณีที่ผู้ ผู้รับบริบาะ ประเภทขย * โปรดระ □ ผู้รับ □ ผู้รับ | และ ย | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม | ข้อกำหนดนี้ ม ผู้รับบริบาลหรือ (| ผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม | • • • • • • • • • • • • • • • • • • • | พยานลงนาม |
| วันที่ ในกรณีที่ผู้ ผู้รับบริบาะ ประเภทขย * โปรดระ □ ผู้รับ □ ผู้รับ | และ ย | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม | ข้อกำหนดนี้ ม ผู้รับบริบาลหรือ (| ผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม | • • • • • • • • • • • • • • • • • • • | พยานลงนาม |
| วันที่ ในกรณีที่ผู้ ผู้รับบริบาะ ประเภทขย * โปรดระ □ ผู้รับ □ ผู้รับ | และ ย | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม | ข้อกำหนดนี้ ม ผู้รับบริบาลหรือ (| ผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม | • • • • • • • • • • • • • • • • • • • | พยานลงนาม |
| วันที่ ในกรณีที่ผู้ ผู้รับบริบาะ ประเภทขย * โปรดระ □ ผู้รับ □ ผู้รับ | และ ย | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม | ข้อกำหนดนี้ ม ผู้รับบริบาลหรือ (| ผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม | • • • • • • • • • • • • • • • • • • • | พยานลงนาม |
| วันที่ ในกรณีที่ผู้ ผู้รับบริบาะ ประเภทขย * โปรดระ □ ผู้รับ □ ผู้รับ | และ ย | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม | ข้อกำหนดนี้ ม ผู้รับบริบาลหรือ (| ผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม | • • • • • • • • • • • • • • • • • • • | พยานลงนาม |
| วันที่ ในกรณีที่ผู้ ผู้รับบริบาะ ประเภทขย * โปรดระ □ ผู้รับ □ ผู้รับ | และ ย | ขอมรับเงื่อนไขตาม นยอม | ข้อกำหนดนี้ ม ผู้รับบริบาลหรือ (| ผู้แทนผู้รับบริบาลลงนาม | • • • • • • • • • • • • • • • • • • • | พยานลงนาม |