

หนังสือแสดงความจำนงต่อองค์กร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

ในฐานะ ☐ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการตรวจรักษา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม มีความเกี่ยวข้องกับผู้รับการตรวจรักษา เป็น.....(สำหรับกรณีที่ข้าพเจ้าเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม)

ผู้ป่วย ชื่อ นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง.....

ขอแสดงเจตจำนง ในการเข้ารับการตรวจรักษา เป็นผู้ป่วยของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ ทั้งนี้ข้าพเจ้า ได้ทราบรายละเอียด และตกลงให้ความยินยอม ดังนี้

1. ความยินยอมในการรับการซักประวัติข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย และประเมินสภาพจิต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนการทดสอบทางจิตวิทยาที่จำเป็นสำหรับการวินิจฉัยเบื้องต้น เพื่อข้าพเจ้า จะได้เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับ สภาพอาการเจ็บป่วย คำวินิจฉัยเบื้องต้น แผนการรักษา ตลอดจนการซักถามข้อสงสัยให้เกิดความเข้าใจ
2. ความยินยอมให้ คณะแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ และ/หรือ บุคลากรที่ดูแล สุขภาพของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ ผู้ซึ่งเกี่ยวข้องกับการวินิจฉัย และการรักษาผู้ป่วย มีสิทธิในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้
3. ความยินยอมให้ คณะแพทย์ และ/หรือ สหวิชาชีพ ระบุข้อมูลการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ลงในเวชระเบียน ของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ และเวชระเบียนของโรงพยาบาล เพื่อใช้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ และ/หรือ การรักษาของพยาบาล
4. ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้ เป็นความจริง และปราศจากการปกปิดข้อมูลอื่น ที่สำคัญต่อการตรวจ ประเมินละรักษา และขอยืนยันการเข้ารับการตรวจรักษาโดยแพทย์/สหวิชาชีพของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและ วัยรุ่นภาคใต้
5. ข้าพเจ้าได้รับทราบ และเข้าใจเป็นอย่างดี ถึงคำประกาศสิทธิผู้ป่วย

ข้อที่ 1-5 ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

6. ข้าพเจ้ายินยอมให้คณะแพทย์ทำการบันทึกเสียง หรือวิดีโอ ในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และประเมินสภาพ จิต เพื่อประโยชน์ในการรักษา โดยข้อมูลเหล่านี้จะเป็นความลับเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาข้าพเจ้า เท่านั้น

ข้อที่ 6 ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ลงชื่อ..... ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(.....) (.....) (.....)
ผู้ป่วย/ผู้แทนโดยชอบธรรม พยาน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล