

เลขที่.....



ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า พร.
โทร. 02-4600000 ต่อ 41277

หนังสือยินยอมจากผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า พร.
สำหรับการสัมภาษณ์ บันทึกเสียง ภาพ และ/หรือวีดิทัศน์ เพื่อดำเนินการเผยแพร่

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส./ยศ สกุล..... อายุ.....ปี
หมายเลขบัตรประชาชน.....บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... ไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
ในฐานะ ผู้ป่วย ผู้มีอำนาจกระทำการแทน โดยเกี่ยวข้องเป็น.....ของ
นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ./ยศ สกุล..... อายุ.....ปี
หมายเลขบัตรประชาชน.....บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... ไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้า ยินยอมให้ ไม่ยินยอมให้

(กรณีไม่ยินยอม ให้ขีด x ในช่องไม่ยินยอม พร้อมลงลายมือชื่อกำกับท้ายช่อง)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> บันทึกเสียง | <input type="checkbox"/> ข้อมูลการตรวจรักษา |
| <input type="checkbox"/> บันทึกภาพ | <input type="checkbox"/> สัมภาษณ์ |
| <input type="checkbox"/> บันทึกวีดิทัศน์ | <input type="checkbox"/> อื่นๆ |

เรื่อง.....

เพื่อนำไปดำเนินการ ประกอบการเรียนการสอน
 เผยแพร่ผ่านสื่อมวลชน
 เผยแพร่ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์
 เผยแพร่ผ่าน Social Media

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นที่เข้าใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน โดยข้าพเจ้าหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้า จะไม่เรียกร้อยหรือฟ้องร้องในทุกกรณี

ลงชื่อ ผู้ป่วย ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย
(.....)

ขอรับรองว่าผู้ป่วยหรือผู้แทนผู้ป่วยได้ลงลายมือชื่อแสดงเจตนา หรือพิมพ์ลายนิ้วมือต่อหน้าพยานจริง

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

ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือ

ของผู้ป่วย

นิ้ว

วันที่..... เวลา..... สถานที่.....