



แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษา
(Consent for Treatment Form)

วันที่ (Date).....เดือน (Month).....พ.ศ.(Year).....

ชื่อสถานบำบัดรักษา (Name of therapy facility) สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (GALYA RAJANAGARINDRA INSTITUTE)

ชื่อผู้รับการตรวจ (Patient's name)

Prefix นาย (Mr.) นาง (Mrs.) น.ส. (Miss) ด.ช. (Boy) ด.ญ. (Girl) อื่นๆ (Others).....

ชื่อ (First name).....นามสกุล (Last name).....อายุ (Age).....ปี (Years)

ชื่อผู้ให้ความยินยอมแทน (Name of surrogate)

(กรณีผู้ป่วยมีอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ หรือเป็นผู้ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา)

(In case of patients under 18 years of age or persons lack of ability to make decisions)

Prefix นาย (Mr.) นาง (Mrs.) น.ส. (Miss) ด.ช. (Boy) ด.ญ. (Girl) อื่นๆ (Others).....

ชื่อ (First name).....นามสกุล (Last name).....อายุ (Age).....ปี (Years)

เกี่ยวข้องกับ (Relationship)

คู่สมรส (Spouse) ผู้บุพการี (Parents) ผู้สืบสันดาน (Descendants) ผู้ปกครอง (Legal guardian)

ผู้พิทักษ์ (Conservator) ผู้อนุบาล (Guardian ad litem) ผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย (Caregiver)

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียดและประโยชน์ รวมถึงวิธีการ
ผลดีและผลเสียของการบำบัดรักษาแล้ว จึงลงนามให้ความยินยอมเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาแห่งนี้ต่อหน้าพยาน

(I aware of the reason for treatment, and benefits of treatment including adverse effect and the way
of the treatment thoroughly. Therefore, I accept to be treated in this institute)

ลงนาม (Signature).....ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทน

(.....) (Patient or legal guardian or surrogate)

ลงนาม (Signature).....แพทย์ (Psychiatrist)

(.....)

ลงนาม (Signature).....พยานฝ่ายผู้ป่วย (Patient witness)

(.....)

ลงนาม (Signature).....พยานฝ่ายเจ้าหน้าที่ (Authority witness)

(.....)