

คำรับรองไม่ยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาหรือทำการผ่าตัด โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....ผู้ป่วย

ข้าพเจ้า

.....มีความเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ไม่สมัครใจอยู่ที่จะอยู่รักษา หรือรับการผ่าตัด หรือ.....
 ในโรงพยาบาลนี้ต่อไป หากบังเกิดผลเสียหรืออันตรายอย่างใดขึ้นแก่.....

ข้าพเจ้าจะไม่ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาล นี้ และข้าพเจ้าจะเรียกร้องหรือฟ้องร้องดำเนินคดีในทางอาญาและทางแพ่งกับเจ้าหน้าที่
 และส่วนราชการ เจ้าสังกัดของโรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏแต่อย่างใด

เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ได้อธิบายและข้าพเจ้าได้อ่านข้อความ เข้าใจตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อหรือพิมพ์นิ้วมือเป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ไม่ให้ความยินยอม

ลงชื่อ.....แพทย์เจ้าของไข้

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ 1. ให้ชี้แจงทุกครั้งก่อนลงลายมือชื่อในหนังสือไม่ยินยอมให้ทำการ ผู้ไม่ให้คำยินยอม ได้แก่

- 1.1 ผู้ป่วย กรณีบรรลุนิติภาวะและสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 1.2 สามีหรือภรรยาตามกฎหมายและฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่สติสัมปชัญญะ(ไม่รู้สึกรู้ตัว)
- 1.3 ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ
- 1.4 ผู้อนุญาต กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ
- 1.5 ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นเสมือนคนไร้ความสามารถ

2. กาเครื่องหมาย/ลงใน แล้วกรอกข้อความที่เว้นว่างไว้

3. ในกรณีลงลายพิมพ์นิ้วมือ ต้องมีพยานรับรองลายพิมพ์นิ้วมืออย่างน้อย 2 คน

คำรับรองไม่ยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาหรือทำการผ่าตัด

Name	Age ปี	HN	AN
Ward	เตียง	แผ่นที่	

