



## หนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการตรวจรักษาพยาบาล

ให้ผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว ..... อายุ ..... ปี

บัตรประจำตัวประชาชน  บัตรข้าราชการ  บัตรพนักงานรัฐวิสาหกิจ  บริษัท .....

เลขที่บัตร..... สังกัด.....

ในฐานะเป็น  ผู้ป่วย  ผู้มีอำนาจกระทำการแทนในฐานะ.....ของผู้ป่วย

ชื่อ ด.ช. / ด.ญ. / นาย / นาง / นางสาว.....HN.....AN.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบเรื่องการตรวจรักษา และข้อความในหนังสือแสดงเจตนาขอปฏิเสธการตรวจรักษาพยาบาล จากแพทย์ และ/หรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และได้พิจารณาโดยละเอียดถี่ถ้วนแล้ว

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนา  ปฏิเสธการตรวจรักษา.....

ปฏิเสธการผ่าตัด.....

ปฏิเสธการระงับความรู้สึก.....

ปฏิเสธการทำหัตถการ.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับอาการของโรค.....ที่ข้าพเจ้า/หรือผู้ป่วยเป็นอยู่ ตลอดจนผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นหากมิได้รับการตรวจของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาแล้ว หากมีความเสียหายหรือเกิดผลร้ายกับ ข้าพเจ้า/หรือผู้ป่วย ข้าพเจ้าจะไม่ถือเป็นความผิด และ/หรือ ความบกพร่องของแพทย์ และ/หรือ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาแต่ประการใดๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....  ผู้ป่วย  ผู้มีอำนาจกระทำการแทนในฐานะ.....ของผู้ป่วย

(.....)

กรณีไม่สามารถลงลายมือชื่อได้เนื่องจาก ไม่มีสติสัมปชัญญะ/หรือไม่รู้สีกตัว หรือระบุ.....

ลายพิมพ์นิ้วมือผู้ป่วย.....

ลงชื่อ.....พยาน และ/หรือผู้รับรองลายนิ้วมือ (ญาติผู้ป่วย ในฐานะ.....ของผู้ป่วย)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน และ/หรือผู้รับรองลายนิ้วมือ (ผู้แทนสถานพยาบาล)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../..... เวลา.....น.