

หนังสือแสดงคำขอปฏิเสธรักษา และหรือผ่าตัด
โรงพยาบาลปราสาท อ.ปราสาท จ.สุรินทร์

วันที่.....

1. ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....
บ้านเลขที่.....เบอร์โทรศัพท์.....
ขอให้คำขอปฏิเสธรักษาในฐานะ ผู้ป่วย
 ผู้มีอำนาจลงนามแทนผู้ป่วยเกี่ยวข้องเป็น.....
ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....
2. ผู้ป่วยได้มาขอรับการรักษาด้วยอาการ / โรค.....
จากแพทย์ ชื่อ.....ของโรงพยาบาลปราสาท เมื่อวันที่.....
3. ข้าพเจ้าได้รับแจ้งคำวินิจฉัยว่าอาการป่วยเกิดจาก (โรคที่สงสัยว่าจะเป็น).....
โดยได้รับทราบว่าการวินิจฉัยนี้อาจคลาดเคลื่อนได้
4. ข้าพเจ้าได้รับทราบสถานการณ์อาการป่วยว่า (ความรุนแรง).....
และมีโอกาส และความเสี่ยงในการรักษา คือ (พยากรณ์โรค).....
5. ข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำให้รักษาด้วยวิธี
 การให้การรักษา การผ่าตัด / หัตถการ.....
 ประคับประคองตามอาการ
6. ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายเรื่องทางเลือกการรักษาและได้ซักถามสิ้นข้อสงสัยแล้ว
7. ข้าพเจ้าขอปฏิเสธรักษาดังกล่าว เนื่องจาก.....
8. ข้าพเจ้าทราบว่า การปฏิเสธรักษาดังกล่าว อาจเป็นผลร้ายต่อการเจ็บป่วยและสุขภาพของข้าพเจ้าในครั้ง นี้ และ
ยินดีรับผลร้ายดังกล่าว ซึ่งถือว่าไม่ได้เกิดจากการกระทำผิดมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณของแพทย์ และ
สถานพยาบาล และไม่อาจฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย หรือค่าชดเชยใดๆได้
9. ข้อความตามแบบคำขอปฏิเสธรักษา ข้าพเจ้าได้อ่าน / กรอกข้อความด้วยความเข้าใจต่อหน้าพยานทั้งสองฝ่ายแล้ว

ลงชื่อผู้ให้คำอธิบาย
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ชื่อ.....พยานคนที่ 1
(.....)

เกี่ยวข้องเป็น.....
ชื่อ.....พยานคนที่ 2
(.....)

ตำแหน่ง.....



ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือขวา
ของผู้ให้ความยินยอม