

หนังสือแสดงคำยินยอมรับการรักษา  
โรงพยาบาลปราสาท อ.ปราสาท จ.สุรินทร์

วันที่.....เวลา.....น.

1. ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....  
บ้านเลขที่.....เบอร์โทรศัพท์.....

ขอให้คำยินยอมในฐานะ  ผู้ป่วย  
 ผู้มีอำนาจลงนามแทนผู้ป่วยเกี่ยวข้องเป็น.....

ผู้ป่วยชื่อ.....นามสกุล.....

ขอให้คำยินยอมและอนุญาตโดยสมัครใจให้แพทย์ผู้รักษา ชื่อ.....

และคณะแพทย์ของท่าน ทำการรักษาพยาบาล โรคต่อเนื้อ

**เหตุผลของการนอนพักรักษา** คือ เข้ารับการผ่าตัดต่อเนื้อ **โดยใช้วิธี** ผ่าตัด

**ข้อดี** คือ การมองเห็นชัดเจนขึ้น

**ข้อเสีย** คือ ปวดตาหลังการผ่าตัด

**ภาวะแทรกซ้อน** แพ้ยาชา, กระจกตาทะลุ, อันตรายต่ออวัยวะข้างเคียงในลูกตา, ติดเชื้อ, เลือดออก, มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ

**โดยคาดว่าจะนอนโรงพยาบาลประมาณ** 1 - 2 วัน

2. แพทย์ผู้รักษาได้อธิบายตามหลักวิชาการ และมาตรฐานของแพทย์แผนปัจจุบัน ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า  
คำยินยอมนี้ครอบคลุมถึงการกระทำอย่างฉุกเฉินของการรักษาพยาบาล รวมทั้งการให้เลือด และอื่นๆของคณะแพทย์เพื่อ  
ประโยชน์ในการรักษา และ / หรือช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้
3. ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายข้างต้นและเข้าใจ จึงลงนามยอมรับการรักษาเพื่อเป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ..... ผู้ให้คำอธิบาย  
(.....)

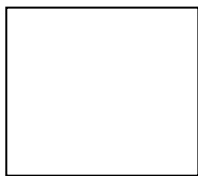
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม  
(.....)

ชื่อ.....พยานคนที่ 1  
(.....)

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

ตำแหน่ง.....



ลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือขวา  
ของผู้ให้ความยินยอม