

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าบำบัดรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยเห็นด้วย ผู้ป่วยไม่เห็นด้วยที่บุคคลอื่นสามารถเข้าถึงห้องหรือเตียงผู้ป่วย ผู้ป่วยชำระค่ารักษา บัตรประกันสุขภาพ

เลขทะเบียนผู้ป่วย: _____ ชื่อ/สกุล: _____ วัน/เดือน/ปีเกิด : _____

I. การวางแผนก่อนเข้าบำบัดรักษา

1. การวินิจฉัยเบื้องต้น:
2. วัตถุประสงค์ของการเข้าบำบัด:
3. หลักเกณฑ์การตรวจร่างกายและการรักษา:

☉ กรณีเกิดเหตุจำเป็น: แพทย์ผู้รักษาจะติดต่อแพทย์และพยาบาลรวมถึงเภสัชกรกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางไว้คอยให้คำปรึกษาหากผู้ป่วยมีข้อสงสัยใด ๆ สามารถสอบถามจากพยาบาลหรือแพทย์เพื่อรับคำชี้แจงได้

ลายเซ็นแพทย์ วันที่: _____ (วัน) _____ (เดือน) _____ (ปี)

เวลา: _____ : _____ (ช่วงเช้า/ช่วงบ่าย)

II. หนังสือแจ้งความยินยอมเข้านอนโรงพยาบาล

ชื่อ/สกุล(ผู้ป่วย) _____ มีความต้องการเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และ ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ที่เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและได้รับคำตอบในข้อสงสัยทั้งหมดอย่างครบถ้วน และเข้าใจว่าทางโรงพยาบาลได้เปิดการอบรมวิชาแพทย์ ในช่วงที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอาจมีการฝึกอบรมให้นักศึกษาแพทย์ ดังนั้น ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามกฎของโรงพยาบาลและคำแนะนำของแพทย์และต้องจ่ายค่ารักษาและบริการในโรงพยาบาลเต็มจำนวน (รายการที่ชำระด้วยบัตรสุขภาพและรายการที่ต้องจ่ายเพิ่ม)

หากแพทย์สั่งให้ผู้ป่วยออกโรงพยาบาลได้แต่ถ้าหากผู้ป่วยยังยืนยันที่จะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อซึ่งเป็นกรณีที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ทางโรงพยาบาลอาจจะต้องดำเนินการตามกฎหมาย

มหาวิทยาลัยการแพทย์แห่งชาติไทเป – โรงพยาบาลว่นฟาง

ผู้ป่วยลงนาม : _____

ที่อยู่: _____ หมายเลขโทรศัพท์: _____

วันที่: _____ (วัน) _____ (เดือน) _____ (ปี) เวลา: _____ : _____ (ช่วงเช้า/ช่วงบ่าย)

ญาติผู้ป่วย: _____ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย _____

หมายเลขโทรศัพท์: _____

พยาน: _____ ลงนาม : _____

วันที่: _____ (วัน) _____ (เดือน) _____ (ปี) เวลา: _____ : _____ (ช่วงเช้า/ช่วงบ่าย)

1. หมายเหตุ:

การจองห้องพักของผู้ป่วยและอัตราค่าห้อง (บัตรสุขภาพห้องรวมสี่เตียง):

	จำนวนค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระ	ส่วนลดบัตรสุขภาพ(จ่ายชำระบางส่วน)
ห้องเดี่ยวเกรด A		
ห้องเดี่ยวเกรด B		
ห้องคู่เกรด A		
ห้องคู่เกรด B		
ห้องรวมสี่เตียงบัตรสุขภาพ		

2. หนังสือแสดงความยินยอมนี้ไม่อนุญาตให้ผู้ยังไม่บรรลุนิติภาวะลงชื่อรับรอง

3. กรุณาทำเรื่องออกโรงพยาบาลก่อน 12.00 น. เพื่อให้ผู้ป่วยรายต่อไปเข้าพัก

เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์: _____ หมายเลขประจำตัวของเจ้าหน้าที่: _____

วันที่เข้าพัก: _____ (วัน) _____ (เดือน) _____ (ปี)