



โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์
Naresuan University Hospital, Faculty of Medicine

ใบยินยอมการบันทึกภาพและเสียง

หน่วยงาน.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี เลขที่ภายใน.....เลขที่ภายนอก.....
เข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....การวินิจฉัยโรค.....
การผ่าตัด/หัตถการ/การรักษา.....

ข้าพเจ้าผู้เป็นผู้ป่วย/ผู้เป็นผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ป่วยขอแสดงความยินยอมด้วยความสมัครใจให้คณะแพทย์และบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ได้รับมอบหมายให้มีส่วนร่วมในการบันทึกภาพและเสียง

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการบันทึกภาพและเสียง ด้วยเหตุผลแสดงถึงความจำเป็นในการกระทำดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการศึกษาและการรักษา ซึ่งเป็นการคำนึงถึงชีวิตและประโยชน์ของข้าพเจ้าเป็นสำคัญ

ข้าพเจ้าได้รับรองและให้สัญญาว่า จะไม่ยกเอาการกระทำของแพทย์และทีมสุขภาพขึ้นเป็นสาเหตุว่ากล่าวหาผิดแก่แพทย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรแต่ประการใด ทั้งในทางแพ่งและอาญา

ณ ที่นี้ ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมรับการบันทึกภาพหรือเสียง โดยความสมัครใจ

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ผู้แทน โดยชอบธรรม
(.....)

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ให้ข้อมูล
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน (ญาติผู้ป่วยเกี่ยวข้องเป็น.....)
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน (พยานาต)
(.....)