



งานคลินิกเด็กและวัยรุ่น

โทร. 02-441-0602-10 ต่อ 1202 , 1208

หนังสือยินยอมจากผู้มารับบริการคลินิกเด็กและวัยรุ่น  
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เลขประจำตัวประชาชน / รหัสประจำตัวนักศึกษา / ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์มือถือ (เหมือนในข้อมูลผู้รับบริการ / Client Information)

ไม่เหมือน โปรดระบุ เลขประจำตัวประชาชน / รหัสประจำตัวนักศึกษา .....  
ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์มือถือ .....

ในฐานะ  ผู้ขอรับคำปรึกษา  ผู้มีอำนาจแทนโดยเกี่ยวข้องเป็น ( ) บิดา/มารดา ( ) อื่น.....  
ของผู้ขอรับบริการ ชื่อ เด็กชาย / เด็กหญิง..... อายุ.....ปี

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินยอม ให้คลินิกเด็กและวัยรุ่น สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อไปดำเนินการ

ยินยอม  ไม่ยินยอม ให้เปิดเผยข้อมูลหรือส่งต่อข้อมูลเพื่อการรักษาแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในกรณีจำเป็น

ยินยอม  ไม่ยินยอม ให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติงานเข้าร่วมในขณะรับบริการเพื่อประโยชน์ทางการเรียนการสอน

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ขอรับคำปรึกษา จะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ แต่หากมีการนำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการอื่นใดอันไม่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล หรือต่อการศึกษาต้องได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้า เว้นแต่การเปิดเผยตามที่กฎหมายบัญญัติหรือมีคำสั่งศาลให้เปิดเผย

วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา.....น.

(วันและเวลาในการเข้ารับบริการและรับทราบถึงข้อมูลตามหนังสือแสดงเจตนายินยอม)

หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจแทน คือ ผู้ปกครองหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องสำคัญ ที่บรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

