



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



แบบฟอร์มขอรับบริการคลินิกการเลี้ยงดูเชิงบวก

HN _____ - _____

ชื่อ-สกุล นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ ชื่อเล่น.....

เลขประจำตัวประชาชน []

วันเดือนปีเกิด อายุปีเดือน

ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน/อาคารชุด.....

ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....

ระดับการศึกษา..... อาชีพ.....

สถานะของท่าน พ่อ แม่ ปู่/ตา ย่า/ยาย ผู้ปกครองอื่นๆ ระบุ.....

จำนวนบุตร/หลานที่ท่านเลี้ยงดูคน

ช่วงอายุของบุตร/หลานที่ท่านเลี้ยงดู (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

แรกเกิด - 6 ปี 7 - 12 ปี 13 - 18 ปี มากกว่า 18 ปี

ท่านต้องการรับบริการ แบบเดี่ยว 650 บาท/ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง (ตามเวลานัด)

แบบกลุ่ม 600 บาท ใช้เวลา 2 ชั่วโมง (09.00 - 11.00 น.)

กรณีแบบกลุ่ม โปรดเลือกรื่องและวันที่ท่านจะมาใช้บริการ (วันจันทร์ เวลา 09.00 - 11.00 น.)

ที่	เรื่อง	ใส่ ✓ ในช่องที่ท่านเลือก	
1	พ่อแม่มีอยู่จริง	<input type="radio"/> 17 กุมภาพันธ์ 2563	<input type="radio"/> 17 สิงหาคม 2563
2	การรับรู้ และการจัดการอารมณ์	<input type="radio"/> 16 มีนาคม 2563	<input type="radio"/> 21 กันยายน 2563
3	การส่งเสริมทักษะสังคม	<input type="radio"/> 20 เมษายน 2563	<input type="radio"/> 19 ตุลาคม 2563
4	ทักษะสมอง: ทักษะชีวิตเพื่อความสำเร็จ	<input type="radio"/> 18 พฤษภาคม 2563	<input type="radio"/> 16 พฤศจิกายน 2563
5	ความสุขที่สร้างได้ในครอบครัว	<input type="radio"/> 15 มิถุนายน 2563	<input type="radio"/> 21 ธันวาคม 2563
6	การสื่อสารเชิงบวก	<input type="radio"/> 20 กรกฎาคม 2563	<input type="radio"/> 18 มกราคม 2564

สำคัญ!!!! โปรดอ่านอย่างละเอียด

- กรอกข้อมูลให้ครบ จากนั้น
 - ส่งแบบฟอร์มนี้มาที่ e-mail: nicfdclinic@gmail.com (รอเจ้าหน้าที่ติดต่อกลับเพื่อยืนยันการนัดหมาย ภายใน 1 สัปดาห์)
- หรือ
- ส่งด้วยตนเองที่ คลินิกเด็กและวัยรุ่น ห้อง 1213 อาคารปัญญาวัฒนา ชั้น 2 สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว