



งานคลินิกเด็กและวัยรุ่น

โทร. 02-441-0602-10 ต่อ 1202 , 1208

หนังสือยินยอมจากผู้มารับบริการคลินิกเด็กและวัยรุ่น  
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เลขประจำตัวประชาชน / รหัสประจำตัวนักศึกษา / ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์มือถือ (เหมือนในข้อมูล  
ผู้รับบริการ / 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 ให้เปิดเผยข้อมูลหรือส่งต่อข้อมูลเพื่อการรักษาแก่ผู้ประกอบวิชาชีพ  
ด้านสาธารณสุขในกรณีจำเป็น

ยินยอม  ไม่ยินยอม ให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติงานเข้าร่วมในขณะรับบริการเพื่อประโยชน์  
ทางการเรียนการสอน

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ขอรับคำปรึกษา จะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ แต่หากมีการนำข้อมูล  
สุขภาพส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้เพื่อการอื่นใดอันไม่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล หรือต่อการศึกษาต้อง  
ได้รับคำยินยอมจากข้าพเจ้า เว้นแต่การเปิดเผยตามที่กฎหมายบัญญัติหรือมีคำสั่งศาลให้เปิดเผย

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

(วันและเวลาในการเข้ารับบริการและรับทราบถึงข้อมูลตามหนังสือแสดงเจตนายินยอม)

หมายเหตุ : ผู้มีอำนาจแทน คือ ผู้ปกครองหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องสำคัญ ที่บรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะ  
สมบูรณ์



## แบบฟอร์มขอรับบริการจากนักจิตวิทยา

ชื่อ-สกุล ด.ช./ด.ญ/.....ชื่อเล่น.....

วันเดือนปีเกิด วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....เดือน

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่.....หมู่บ้าน/อาคารชุด..... ซอย.....

ถนน.....แขวง/ต.อบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail.....Line ID.....

สถานศึกษา.....ระดับชั้นเรียน.....

### ต้องการรับบริการ (เลือกตามอายุเด็ก)

คอร์ส	ระดับอายุ	การประเมิน
<input type="radio"/> A	3 - 4.11 ปี	พัฒนาการ พฤติกรรมการปรับตัว
<input type="radio"/> B	5 - 9.11 ปี	พฤติกรรมการปรับตัว ความถนัดในการเรียนรู้ การเรียนวิชาการ
<input type="radio"/> C	10 - 12.11 ปี	พฤติกรรมการปรับตัว เขาวนปัญญา การเรียนวิชาการ

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