

# หนังสือแสดงความยินยอมรับการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้เสียชีวิต

โรงพยาบาล.....

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

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล).....อายุ.....ปี

ในฐานะ  ผู้ป่วย  ผู้มีอำนาจแทนผู้ป่วย เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

เลขประจำตัวประชาชน  -      -       -   -

หนังสือเดินทาง เลขที่.....

อื่น ๆ ได้แก่.....

มีความประสงค์ขอรับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้เสียชีวิตที่โรงพยาบาล.....

และยินดีปฏิบัติตามข้อควรปฏิบัติต่างๆ ในระหว่างการรอรับบริจาคอวัยวะจากสถานพยาบาลที่ข้าพเจ้ารับการรักษา

ลงนาม.....

(ผู้ป่วย / ผู้มีอำนาจแทนผู้ป่วย\*)

ลงนาม..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (.....)

(พยานญาติผู้ป่วย)

ลงนาม..... (พยาน)

(.....)

\*หมายเหตุ กรุณาระบุเหตุผลที่ผู้มีอำนาจแทนผู้ป่วยลงนามแทน

ด้วยสาเหตุ.....