**หนังสือแสดงเจตนายินยอมให้มีการบันทึกภาพ เสียง หรือวีดีโอ เกี่ยวกับผู้ป่วย**

**ของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน**

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

ข้าพเจ้า(ผู้ป่วย) ชื่อ สกุล อายุ……ปี อยู่บ้านเลขที่…..….ถนน………..............หมู่ที่……….แขวง/ตำบล……………...……....เขต/อำเภอ…..………………........จังหวัด…………....................................โทรศัพท์.....................................................

**ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาซึ่งอยู่ภายใต้สังกัดของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า**

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้รับทราบถึงการบันทึกภาพ เสียง หรือวีดีโอ เกี่ยวกับตนเองแล้ว

ข้อ 2. ความยินยอมหรือไม่ยินยอมให้แพทย์ผู้ทำการรักษาซึ่งอยู่ภายใต้สังกัดของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ

ชลประทาน บันทึกภาพ เสียง หรือวีดีโอ เกี่ยวกับตนเอง นั้น จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาของแพทย์

ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยที่จะได้รับต่อไปในอนาคต ผู้ป่วยยังจะได้รับการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพของแพทย์ที่

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

ข้อ 3. ข้าพเจ้า ได้รับการรับรองจากแพทย์ผู้ทำการรักษาซึ่งอยู่ภายใต้สังกัดของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ

ชลประทาน และแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วย ว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ทำการบันทึกไว้เป็นความลับ

โดยจะนำไปเปิดเผยมิได้ เว้นแต่กรณีดังต่อไปนี้เท่านั้น

3.1 เพื่อใช้บันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยและเพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษาในอนาคตของผู้ป่วย

รายที่ถูกบันทึกไว้เท่านั้น

3.2 เพื่อเปิดเผยต่อแพทย์ผู้ทำการรักษา หรือเป็นหลักฐานทางการรักษาของแพทย์

3.3 เผยแพร่เพื่อการศึกษาวิชาแพทย์ภายในศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

ข้อ 4. ข้าพเจ้า ได้รับทราบแล้วว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะบอกเลิกการบันทึกภาพ เสียง หรือวีดีโอ เกี่ยวกับตนเองได้

ตลอดเวลา แม้จะให้ความยินยอมไปแล้วก็ตามนั้น และการบอกเลิกการให้ความยินยอมนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ

การดูแลรักษาโรคที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไปในอนาคต

ข้อ 5. หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการบันทึกภาพ เสียง หรือวีดีโอ หรือการนำไปใช้ในกรณี

ต่างๆ ตามที่ระบุไว้ข้างต้นนั้น สามารถติดต่อกับ **แพทย์ผู้ทำการรักษาฯ**

ชื่อ-นามสกุล (แพทย์ผู้ทำการรักษา).................................................................................................................ตำแหน่ง......................................................หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้........................................................

ข้อ 6. หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการบันทึกภาพ เสียง หรือ

วีดีโอ ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับผู้บังคับบัญชาของแพทย์ผู้ทำการรักษาฯหรือบุคคลที่มีตำแหน่งที่สูงกว่า

นั้นในสายบังคับบัญชาเดียวกัน

ชื่อ-นามสกุล (ผู้บังคับบัญชาฯ)........................................................................................................................ตำแหน่ง........................................................หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....................................................

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอด จึงยินยอมให้แพทย์ผู้ทำการรักษาซึ่งอยู่ภายใต้สังกัดของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน บันทึกภาพ เสียง หรือวีดีโอ เกี่ยวกับตนเอง โดยมิได้มีการบังคับขู่เข็ญ ให้สัญญาหรือกระทำการใดๆ เพื่อจูงใจให้ตนร่วมมือ หลอกลวงแต่ประการใด และจะให้ความร่วมมือทุกประการ และข้าพเจ้าได้ทราบถึงเนื้อความโดยละเอียดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อให้ความยินยอมดังกล่าวเป็นสำคัญไว้ต่อหน้าพยาน และแพทย์ผู้ทำการรักษาซึ่งอยู่ภายใต้สังกัดของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอมในการบันทึกภาพ เสียง หรือวีดีโอ เกี่ยวกับตนเอง

ลงชื่อ…………………………………... (………………………………………….......)

แพทย์ผู้ทำการรักษาซึ่งอยู่ภายใต้สังกัดของศูนย์การแพทย์

ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม

ลงชื่อ…………………………………….…(ผู้ให้ความยินยอม) (………………………………………….......)

ผู้ป่วย(ผู้ให้ความยินยอม) / ผู้แทนโดยชอบธรรม

กรณีที่บุคคลผู้ให้ความยินยอมอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์

ลงชื่อ……………………..……(พยาน) (………………………………………….......)

ลงชื่อ……………………..……(พยาน) (………………………………………….......)

**\*\*\*** ในกรณีที่ผู้ให้ความยินยอม ให้บันทึกภาพ เสียง หรือวีดีโอ เกี่ยวกับผู้ป่วยของศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน อ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้ให้ยินยอม

คือชื่อ-นามสกุล.....................................................................................……………………………………

มีความเกี่ยวข้องกับผู้ให้ความยินยอม...........................................................(เช่น บิดา มารดา ญาติพี่น้อง ฯลฯ)

ลงชื่อ………………………..……..........(พยาน) (…………………………………………….......)

ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดให้ผู้ป่วยฟัง

**หมายเหตุ**

1. ในกรณีผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์ หรือยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย จะต้องมีผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมายลงชื่อเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย หรือ ผู้ป่วยที่ป่วยจนไม่สามารถแสดงความยินยอมได้ด้วยตนเอง จะต้องมีญาติหรือผู้มีอำนาจทำการแทนตามกฎหมาย เป็นผู้ให้ความยินยอม

2. กรณีผู้ยินยอมตนให้บันทึกภาพ เสียง หรือวีดีโอ ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้มีผู้อ่านข้อความในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้แก่ผู้ยินยอมฟังและให้ถามว่าได้เข้าใจความหมายว่าอย่างไร จนเป็นที่เข้าใจตรงกันแล้วจึงให้ผู้ยินยอมตนลงชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือขวาเพื่อยินยอม (ในกรณีที่เขียนหนังสือไม่ได้) โดยมีพยานรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ ในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย