

บันทึกความยินยอมของผู้รับบริการในการเลือกรับการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ
ที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ

โรงพยาบาลอ่างทอง
วันที่.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ซึ่งเกี่ยวข้องกับ () ผู้รับบริการ

() ผู้ปกครอง/ทายาทโดยธรรม ความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

1. ข้าพเจ้าได้ทราบสิทธิที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้รับการรักษาด้วยยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
2. ข้าพเจ้าได้ทราบและมีเวลาเพียงพอในการทำความเข้าใจทางเลือกในด้านการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ชื่อยา..... โดยมีเป้าหมายหลักของการใช้ยาดังกล่าวเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการจากโรค..... และได้ทราบประโยชน์ ความเสี่ยง ข้อจำกัด ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการใช้ยาตามแผนการรักษาและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น จากการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ โดยได้รับฟังคำอธิบาย แพทย์ผู้ให้การรักษา ถึงชื่อยา ประโยชน์ ความเสี่ยง ข้อจำกัด ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาในการใช้ยาตามแผนการรักษา และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ตามรายละเอียดตามเอกสารการให้ข้อมูลที่แนบมาพร้อมกับบันทึกความยินยอมนี้
3. ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่ไม่อยู่ในค่าใช้จ่ายจนกว่าจะมีการบอกเลิกความยินยอมในการเลือกรับการรักษาด้วยยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตลอดการรักษาในครั้งนี้ โดยจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงความรับผิดชอบที่ไม่อยู่ในสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความในหนังสือนี้โดยละเอียดตลอดแล้ว รวมถึงข้าพเจ้าได้อ่านข้อความเหล่านี้หรือผู้อื่นได้อ่านให้ฟังเรียบร้อยแล้ว ขอรับรองว่าความประสงค์ที่เกิดขึ้นนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ จึงลงชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....(ผู้ให้ความยินยอม)

(.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานฝ่ายผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ.....(แพทย์ผู้ให้การรักษา)

(.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยานฝ่ายแพทย์ผู้ให้การรักษา

หมายเหตุ ใบนี้หน่วยบริการเก็บไว้ (กรณีผู้ป่วยนอก เก็บคู่กับใบสั่งยา และกรณีผู้ป่วยใน เก็บคู่กับใบ PMP)

