



ใบยินยอมการตรวจร่างกาย (Consent Form)

ชื่อ-นามสกุล

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

ข้าพเจ้ารับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจร่างกาย โดยคลินิกเวชกรรม สจล. คณะแพทยศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง และข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจร่างกายด้วยความสมัครใจ ของข้าพเจ้าเอง และข้าพเจ้าได้รับการยืนยันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าในการตรวจร่างกายครั้งนี้ จะได้รับการเก็บเป็นความลับ และไม่มีการเปิดเผยโดยปราศจากความยินยอมของข้าพเจ้า เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามที่ กฎหมายกำหนด หรือตามหน้าที่ หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้และความจำเป็นในการวินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพของ ข้าพเจ้า ซึ่งกรณีที่ตรวจพบความผิดปกติจะมีการแจ้งผลให้ทางต้นสังกัด/หน่วยงานรับทราบเพื่อเป็นการติดตาม และดูแลต่อไป

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความ เต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....ผู้ปกครอง

(.....)