



เอกสารแสดงความยินยอม (Consent Form)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....หมายเลขโรงพยาบาล.....
บัตรประจำตัวประชาชน/ใบขับขี่/บัตรอื่นๆ คือ.....เลขที่.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
โดยข้าพเจ้า

☐ “ให้” ความยินยอม ☐ “ไม่ให้” ความยินยอม

ให้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เก็บรวบรวม ใช้ จัดเก็บรักษา และ
เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อการรักษาพยาบาล

☐ “ให้” ความยินยอม ☐ “ไม่ให้” ความยินยอม

ให้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการ
บริการ ดูแลสุขภาพ วิเคราะห์ ประกอบการเรียนการสอน และการวิจัย
รวมถึงส่งข้อมูลด้านสุขภาพของท่านเท่าที่จำเป็น ให้หน่วยงานที่มีส่วน
เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และสาธารณสุข เพื่อประโยชน์ในสิทธิ
การรักษาของท่าน

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดจาก “ประกาศโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เรื่อง นโยบายการ
คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Privacy Policy)” หรือได้รับคำอธิบายจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บ
รวบรวม ใช้หรือเปิดเผย (“ประมวลผล”) ข้อมูลส่วนบุคคล และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับหรือชักจูง และ
ข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้เว้นแต่ในกรณีมีข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาระหว่าง
ข้าพเจ้ากับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ให้ประโยชน์แก่ข้าพเจ้าอยู่

กรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะขอถอนความยินยอม ข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมจะมีผลทำให้การเข้าถึงข้อมูลการ
รักษาพยาบาลของแพทย์มีข้อจำกัด อาจส่งผลกระทบต่อพยากรณ์โรคของแพทย์เพื่อการรักษาต่อไปในอนาคต และข้าพเจ้าอาจได้รับ
ความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง เนื่องจากระบบประมวลผลของโรงพยาบาลไม่อาจเข้าถึง หรือไม่สามารถเข้าถึงการบริการ
บางอย่างได้ และข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อ การประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการ
เสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นที่เข้าใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน โดยข้าพเจ้าหรือผู้มีอำนาจ
กระทำการแทนข้าพเจ้า จะไม่เรียกร้องหรือฟ้องร้องในทุกกรณี

ลงชื่อ.....เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ให้ความยินยอมซึ่งเป็นผู้ป่วย
(.....) หรือผู้มีอำนาจกระทำการแทน
เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ขอรับรองว่าเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ลงลายมือชื่อแสดงเจตนาหรือพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าพยานจริง

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล
(.....) เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ลงชื่อ.....พยานฝ่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(.....) ตำแหน่งหน้าที่.....

ลายพิมพ์นิ้วมือหัวแม่มือ

☐ ขวา ☐ ซ้าย

☐ อื่นๆ ระบุ.....