



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
หนังสือแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว
ให้เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) (ผู้ให้ความยินยอม)
อายุ ปี อยู่เลขที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
ขอแสดงความยินยอมให้ (นาย/นาง/นางสาว) หรือบุคลากรในสังกัด
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่
เกิดขึ้นระหว่างวันที่ เดือน พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.....
ณ ไปตีพิมพ์ หรือเผยแพร่โดยวิธีอื่นใด เพื่อประโยชน์ในทาง
วิชาการ หรือเพื่อประโยชน์ในทางการแพทย์เท่านั้น
ทั้งนี้ (นาย/นาง/นางสาว) หรือบุคลากรในสังกัด
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลจะไม่เปิดเผยชื่อ-นามสกุล และที่อยู่ของข้าพเจ้าใน
รายงานทางวิชาการหรือในการเผยแพร่โดยวิธีอื่นดังกล่าวข้างต้น
อนึ่ง ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากแพทย์หรือผู้วิจัยเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์
ในทางวิชาการหรือเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์โดยละเอียดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

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

(ลงชื่อ).....(พยาน)
(.....)

(ลงชื่อ).....(พยาน)
(.....)