

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาระดับมัธยมศึกษาเชียงใหม่ เขต ๕
เลขที่ 2917
วันที่ 13 มีนาคม 2566
 อำนวยการ () การเงิน () ตรวจสอบภายใน
() บุคคล () สิ่งพิมพ์ () IT
() แผน () นิเทศ () วิชาการ



ที่ อว ๘๓๙๓ (๔).๖/

ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก
คณะเทคนิคการแพทย์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๑๑๐ ถนนอินทวโรรส ตำบลศรีภูมิ
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๗ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอบขออนุญาตประชาสัมพันธ์ การให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี ๒๕๖๖
เรียน ผู้อำนวยการ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงใหม่ เขต ๕

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบเสนอราคา เลขที่ ภ ๖๖๐๑๓๕ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒. แบบเสนอขอรับบริการ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นหน่วยงานที่จัดให้มีบริการตรวจสุขภาพประจำปีเคลื่อนที่ เพื่อเป็นการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีนอกสถานที่ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่สนใจเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปีโดยนักเทคนิคการแพทย์และนักรังสีการแพทย์ ซึ่งศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก เป็นหน่วยงานที่ได้รับการรับรองคุณภาพการให้บริการทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานสากล ISO ๑๕๑๘๙: ๒๐๑๒

ทั้งนี้หากหน่วยงานท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือมีความประสงค์จะรับบริการดังกล่าว ท่านสามารถติดต่อและแจ้งรายละเอียดได้ที่ คุณภรศศิริ กันธาหล้า หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ ๐๕๓-๙๓๖๐๒๗ ต่อ ๑๐๒ หรือ ๐๘๕-๘๗๐๓๑๓๓ ซึ่งทางศูนย์บริการฯ จะจัดเจ้าหน้าที่มาให้บริการและอำนวยความสะดวกยังหน่วยงานของท่านต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ทางศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะมีโอกาสได้ให้บริการตรวจสุขภาพกับท่านในโอกาสต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวพรชนก มะธู)

(ผู้อำนวยการศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก)



ศูนย์สุขภาพพร้อม

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
PROMPT HEALTH CENTER, AMS CMU.

เลขที่ใบเสนอราคา ภ 660135
วันที่ 7 มีนาคม 2566
ผู้เสนอราคา นางสาวกรศศิ์ กัณธาหล้า เบอร์โทร 085-8703133 Email : ams.csc@hotmail.com
เรียน ผู้อำนวยการ
หน่วยงาน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงใหม่ เขต 5

ศูนย์สุขภาพพร้อม คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ท่านได้ให้ความสนใจในการให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี (นอกสถานที่) ในกรณีนี้ ทางศูนย์สุขภาพพร้อม จึงใคร่ขอเสนออัตราค่าบริการตรวจสุขภาพ ดังนี้

ลำดับ	รายการตรวจ	โปรแกรมที่1		โปรแกรมที่2	
		อายุ < 35 ปี		อายุ > 35 ปี	
		ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
1	ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	✓	✓	✓	✓
2	ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	♦	♦	✓	✓
3	ตรวจระดับไขมันในเลือด (Cholesterol และ Triglyceride)	♦	♦	✓	✓
4	ตรวจการทำงานของตับ (AST และ ALT และ ALK)	♦	♦	✓	✓
5	ตรวจการทำงานของไต (BUN และ Creatinine)	♦	♦	✓	✓
6	ตรวจกรดยูริกในเลือด (Uric Acid)	♦	♦	✓	✓
7	ตรวจปัสสาวะ (Urinalysis)	✓	✓	✓	✓
8	ตรวจอุจจาระ (Stool Exam, Stool Occult)	✓	✓	✓	✓
9	ตรวจเอ็กซเรย์ทรวงอกระบบดิจิตอล (Chest X-ray)	✓	✓	✓	✓
10	ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (PV & Pap Smear)	♦	✓	♦	✓
11	ตรวจวัดความดันชีพจร (BP) , ชั่งน้ำหนัก	✓	✓	✓	✓
ราคารวมทั้งสิ้นต่อท่าน (บาท)		380	580	850	1050



ศูนย์สุขภาพพร้อม

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
PROMPT HEALTH CENTER, AMS CMU.

รายการสำหรับ การเลือกตรวจ

ลำดับ	รายการตรวจ	ราคา (บาท)
1	การตรวจร่างกายโดยแพทย์ (PE)	50
2	ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	90
3	ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	40
4	ตรวจระดับไขมันในเลือด (Cholesterol และ Triglyceride)	120
5	ตรวจการทำงานของตับ (AST และ ALT และ ALK)	150
6	ตรวจการทำงานของไต (BUN และ Creatinine)	100
7	ตรวจกรดยูริกในเลือด (Uric Acid)	60
8	ตรวจปัสสาวะ (Urinalysis)	60
9	ตรวจอุจจาระ (Stool Exam, Stool Occult)	70
10	ตรวจเอ็กซเรย์ทรวงอกระบบดิจิทัล (Chest X-ray)	170
11	ตรวจระดับไขมันชนิดดีในเลือด (HDL-C)	120
12	ตรวจระดับไขมันชนิดไม่ดีในเลือด (LDL-C)	210
13	ตรวจหาไวรัสตับอักเสบ A (Anti - HAV)	670
14	ตรวจหาไวรัสตับอักเสบ B (HBV Ag, HBV Ab)	290
15	ตรวจหาไวรัสตับอักเสบ C (Anti - HCV)	270
16	ตรวจไทรอยด์ (FT4, TSH)	560
17	ตรวจการทำงานของตับครบชุด	305
18	ตรวจโรคเอดส์ (Anti-HIV)	350
19	ตรวจซีฟิลิส (VDRL)	145
20	ตรวจหาเบาหวานสะสม (HbA1c)	330
21	ตรวจหาสารบ่งชี้มะเร็งตับ (AFP)	375
22	ตรวจหาสารบ่งชี้มะเร็งกระเพาะอาหาร, ลำไส้ (CEA)	400
23	ตรวจหาสารบ่งชี้มะเร็งต่อมลูกหมาก (PSA)	450
24	ตรวจหาสารบ่งชี้มะเร็งเต้านม (CA 15-3)	545
25	ตรวจหาสารบ่งชี้มะเร็งรังไข่ (CA 125)	680
26	ตรวจหาสารบ่งชี้มะเร็งมดลูก (Beta - HCG)	350
27	ตรวจภูมิกู้มกันทำลายตัวเอง (ANA)	250



ศูนย์สุขภาพพร้อม

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
PROMPT HEALTH CENTER, AMS CMU.

ลำดับ	รายการตรวจ	ราคา (บาท)
28	ตรวจข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid factor)	100
29	ตรวจหมู่เลือด (ABO Blood Group)	60
30	ตรวจธาลัสซีเมีย	500
31	การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	350
32	ตรวจวัดมวลกระดูก (Bone Density)	3,000
33	ตรวจมะเร็งเต้านม (Mammogram) เฉพาะอายุ 40 ปี ขึ้นไป	2,400
34	อัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบน (Ultrasound Upper Abdomen)	1,000
35	อัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนล่าง (Ultrasound Lower Abdomen)	1,000
36	อัลตราซาวด์ช่องท้องทั้งหมด (Ultrasound Whole Abdomen)	1,600
37	ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (PV & Pap Smear)	250
38	ตรวจวัดความดันโลหิต (BP) และคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	-
39	บริการอธิบายผลการตรวจสุขภาพ ณ หน่วยงาน จำนวน 25 ท่านขึ้นไป **	-

สำหรับการตรวจรายการที่ 32-37 ไม่สามารถออกให้บริการนอกสถานที่ได้

*** รายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้แจ้งพร้อมการตรวจสุขภาพประจำปี เท่านั้น หากแจ้งทีหลังวันตรวจสุขภาพ จะคิดเงินออกใบเสร็จ แยกใบ จะนำไปเบิกประจำปีไม่ได้ (เฉพาะราชการ/ลูกจ้างประจำ)

*** เอกสารที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย เช่น ใบเสร็จ / ใบรับรอง / ใบแนบเบิก ออกในนาม ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เช่นเดิม

โดยมีรายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. ราคาที่เสนอเป็นราคาสำหรับ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงใหม่ เขต 5 เท่านั้น
2. โปรแกรมรายการตรวจสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ตามความต้องการของหน่วยงานท่าน
3. ศูนย์สุขภาพพร้อม มีบริการตรวจสุขภาพประจำปีนอกสถานที่ (มีจำนวนขั้นต่ำในการออกให้บริการ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม) พร้อมทั้งมีบริการอธิบายผลการตรวจสุขภาพ ยังหน่วยงานของท่าน โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม
4. ศูนย์สุขภาพพร้อม มีบริการตรวจเอ็กซเรย์ทรวงอก (Digital X-ray) ด้วยรถและอุปกรณ์ที่ทันสมัย ซึ่งเป็นรถของศูนย์บริการฯ เองในกรณี การให้บริการนอกสถานที่
5. ศูนย์สุขภาพพร้อม ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน ISO 15189 : 2012 ดังนั้น จึงขอให้ท่านมั่นใจได้ว่า ท่าน จะได้รับการตรวจอย่างถูกต้องตามหลักมาตรฐานคุณภาพห้องปฏิบัติการ



ศูนย์สุขภาพพร้อม

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
PROMPT HEALTH CENTER, AMS CMU.

6. เงื่อนไขการชำระค่าบริการ เจ้าหน้าที่การเงินศูนย์สุขภาพพร้อม ทำเอกสารแจ้งหนี้เพื่อทำการเรียกเก็บเงิน ภายหลังจากวันที่ให้บริการอธิบายผลการตรวจสุขภาพประจำปี โดยการชำระเงินสามารถชำระเงินภายใน 30 วันหลังจากได้รับเอกสารรับชำระหนี้
7. หากท่านสนใจเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ กรุณาติดต่อ นัดหมายวันตรวจ หรือแจ้งวันเวลาที่ทำการตรวจ ได้ ที่ คุณภรตศิริ กันธาล้ำ (หนู) โทร 085 8703133 หรือ 053-936027 ต่อ 102

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาว พรชนก มะธู)

ผู้อำนวยการศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก



ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
110 ถ.อินทวโรรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200
โทรศัพท์ 0-5393-5096 หรือ 0-5393-6027 โทรสาร 0-5328 9300
E-Mail: ams.csc@hotmail.com

แบบเสนอ/ขอรับบริการตรวจสุขภาพ

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก

สถาบัน หน่วยงาน องค์กร ฯลฯ

มีความประสงค์ (โปรด)

ไม่ต้องการใช้บริการศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก

ต้องการใช้บริการกับศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก

หากต้องการใช้บริการ โปรดกรอกรายละเอียด

จำนวนผู้เข้ารับบริการ ประมาณ..... คน

วัน เดือน ปี และสถานที่ที่ต้องการให้ไปตรวจ (ตั้งแต่เวลา 08.00 – 10.00 น.)

กลุ่มที่	วัน เดือน ปี	จำนวน	สถานที่
1			
2			
3			

ศูนย์บริการฯ สามารถติดต่อกับผู้ประสานงาน คือ

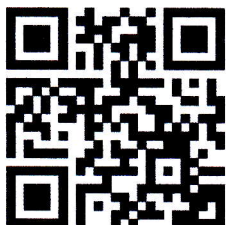
ชื่อ-นามสกุล

ตำแหน่ง

โทรศัพท์

ผู้เสนอ นางสาวภรตศิริ กัณธาหาล้า

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานลูกค้า



ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ เจ้าหน้าที่การตลาด จอห์น/นัดหมายวันตรวจได้ที่ คุณภรตศิริ กัณธาหาล้า โทร0858703133 , 053-936027 ต่อ 102 ,104 หรือ 053-935096 โทรสาร 053-289300

แบบฟอร์มแสดงรายชื่อผู้รับบริการ

ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

www.ams.cmu.ac.th/amscsc e-mail : ams.csc@hotmail.com Tel.053936027

ชื่อหน่วยงานลูกค้า :					
ผู้ประสานงานของลูกค้า :					
เบอร์โทรผู้ประสานงานลูกค้า :					
ลำดับ	คำนำหน้า	ชื่อ	นามสกุล	อายุ	หมายเหตุ



แบบฟอร์มลงทะเบียนตรวจสุขภาพประจำปีนอกสถานที่ (Mobile Checkup Registration Form)

กรุณากรอกแบบฟอร์มด้วยตัวบรรจง (ชื่อ-นามสกุล กรุณาเขียนให้ชัดเจน) เพื่อสิทธิประโยชน์ในการเบิกจ่าย

ชื่อ-สกุล (Name) นาย/นาง/นางสาว อายุ (Age) ปี
เพศ (Sex) [] ชาย (Male) [] หญิง (Female) วัน/เดือน/ปี เกิด (Date of Birth)
โทรศัพท์ที่ทำงาน (Office tel.) โทรศัพท์มือถือ (Mobile phone)
ชื่อหน่วยงาน (Name of Department)

ประเภท/สิทธิ์ [] ข้าราชการ [] ข้าราชการบำนาญ [] ลูกจ้างประจำ [] พนง.รัฐวิสาหกิจ [] พนง.มหาวิทยาลัย (เงินแผ่นดิน)
[] พนง.มหาวิทยาลัย (นอกนอกระบบ) [] พนักงานส่วนงาน/เงินรายได้ [] ลูกจ้างชั่วคราว/พนง.ราชการ

การชำระเงิน [] หน่วยงานชำระให้ตามสิทธิ์เบิก [] หน่วยงานชำระให้ทั้งหมด [] ชำระเงินเองทั้งหมด

รายการตรวจ

รายการเบิกได้ สำหรับผู้ที่อายุไม่เกิน 35 ปี (ราชการ/รัฐวิสาหกิจ)	ราคาตรวจ	รายการตรวจพิเศษอื่นๆ	ราคาตรวจ
<input type="checkbox"/> ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	90	<input type="checkbox"/> ไวรัสตับอักเสบ B (HBs Ag/Ab)	290
<input type="checkbox"/> อุจจาระ (Stool Examination+Occult Blood)	70	<input type="checkbox"/> ไวรัสตับอักเสบ C (Anti-HCV)	270
<input type="checkbox"/> ปัสสาวะ (Urinalysis)	50	<input type="checkbox"/> ไทรอยด์ (FT4, TSH)	560
<input type="checkbox"/> เอกซเรย์ทรวงอก (Chest X-ray)	170	<input type="checkbox"/> การทำงานของตับครบชุด (TP,ALB,GLB,TBIL,DBIL)	305
<input type="checkbox"/> คัดกรองมะเร็งปากมดลูก (PAP SMEAR)	250	<input type="checkbox"/> ซิฟิลิส (Syphilis)	145
รายการเบิกได้ สำหรับผู้ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป (ราชการ/รัฐวิสาหกิจ)	ราคาตรวจ	<input type="checkbox"/> เบาหวานสะสม (HbA1c)	330
<input type="checkbox"/> ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	90	<input type="checkbox"/> สารบ่งชี้มะเร็งตับ (AFP)	375
<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน (FBS) (Glucose)	40	<input type="checkbox"/> สารบ่งชี้มะเร็งกระเพาะอาหาร, ลำไส้ (CEA)	400
ไขมันในเส้นเลือด	120	<input type="checkbox"/> สารบ่งชี้มะเร็งต่อมลูกหมาก (PSA)	450
<input type="checkbox"/> Cholesterol	60	<input type="checkbox"/> สารบ่งชี้มะเร็งเต้านม (CA15-3)	545
<input type="checkbox"/> Triglyceride	60	<input type="checkbox"/> สารบ่งชี้มะเร็งรังไข่ (CA125)	680
การทำงานของตับ	150	<input type="checkbox"/> สารบ่งชี้มะเร็งมดลูก (B-HCG)	350
<input type="checkbox"/> AST	50	<input type="checkbox"/> ตรวจแยกชนิดไขมัน (HDL-C, LDL-C)	330
<input type="checkbox"/> ALT	50	<input type="checkbox"/> ข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid factor)	100
<input type="checkbox"/> ALP	50	<input type="checkbox"/> ธาลัสซีเมีย (Hb typing+alpha Thal 1)	500
การทำงานของไต	100	<input type="checkbox"/> คัดกรองมะเร็งปากมดลูก : HPV TESTING	1200
<input type="checkbox"/> B.U.N	50	<input type="checkbox"/> คัดกรองมะเร็งปากมดลูก : Liquid base cytology	1000
<input type="checkbox"/> CREATININE	50	<input type="checkbox"/> หมู่เลือดชนิด ABO (ABO Blood group)	60
<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์ (Uric Acid)	60		
<input type="checkbox"/> อุจจาระ (Stool Examination+Occult Blood)	70		
<input type="checkbox"/> ปัสสาวะ (Urinalysis)	50		
<input type="checkbox"/> เอกซเรย์ทรวงอก (Chest X-ray)	170		
<input type="checkbox"/> คัดกรองมะเร็งปากมดลูก (PAP SMEAR)	250		
ตรวจพิเศษอื่นๆ เพิ่มเติม (ไม่ได้นำเครื่องออกมาให้บริการ)		รายการตรวจพิเศษอื่นๆ (มาตรฐานอยู่ที่ศูนย์บริการ)	
นัดคิวเข้ารับบริการได้ที่เจ้าหน้าที่ ณ จุดลงทะเบียน		<input type="checkbox"/> การตีตื้นและการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย	500
<input type="checkbox"/> อัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบน Ultrasound Upper Abdomen	1000	<input type="checkbox"/> ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	350
<input type="checkbox"/> อัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนล่าง Ultrasound Lower Abdomen	1000	<input type="checkbox"/> ประเมินสุขภาพโดยเครื่อง Body Composition Analysis	300
<input type="checkbox"/> อัลตราซาวด์ช่องท้องทั้งหมด Ultrasound Whole Abdomen	1600	<input type="checkbox"/> ตรวจอื่น ๆ (โปรดระบุ)	
<input type="checkbox"/> อัลตราซาวด์ส่วนอื่น ๆ Ultrasound Other	1000		
<input type="checkbox"/> ตรวจความยืดหยุ่นตับ FibroScan	1600		
<input type="checkbox"/> ตรวจเอกซเรย์เต้านม Mammogram	2400		
<input type="checkbox"/> ตรวจวัดมวลกระดูก Bone densitometry (ไม่ต้องจองคิว)	3000		
		หมายเหตุ: รายการตรวจพิเศษ ไม่สามารถเบิกได้	
		(กรณีเบิกได้ต้องมีใบสั่งของแพทย์ แบบเบิกกับการเงิน)	
		ทั้งนี้ เบิกได้ในอัตราที่กระทรวงการคลังหรือต้นสังกัดของกำหนด	
		[] ข้าพเจ้ายินยอมตรวจสุขภาพตามที่ระบุในเอกสารนี้ พร้อมทั้ง	
		[] ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลการตรวจฯ (ในส่วนที่หน่วยงานชำระค่าตรวจ) ให้กับหน่วยงานที่ได้รับทราบข้อมูล	
		ลงชื่อ.....ผู้เข้ารับการตรวจ	
		วันที่...../...../.....	



ใบลงทะเบียนผู้รับบริการ

ศูนย์สุขภาพพร้อม คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สาขาที่รับบริการ

ศูนย์สุขภาพพร้อม คณะเทคนิคการแพทย์ มช. ศูนย์สุขภาพพร้อม มีโชค ศูนย์สุขภาพพร้อม ลำปาง ศูนย์สุขภาพพร้อม ศูนย์สุขภาพ มช. (ไม่ล้อม)

ข้อมูลส่วนบุคคล



รับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้รับบริการทางการแพทย์ และยินยอมให้ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลส่วนบุคคลอ่อนไหว ไม่ยินยอม

QR CODE นโยบายความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้รับบริการ ศูนย์สุขภาพพร้อม

ลงชื่อ (ตัวบรรจง) ผู้รับบริการ ผู้ให้ข้อมูล เกี่ยวข้องเป็นว/ด/ป.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ.....

Blank area for patient information or notes.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นทั้งหมดถูกต้องตรงความจริงทุกประการ และยินยอมให้ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิกตรวจสอบจากฐานข้อมูลทางทะเบียนใด ๆ ของรัฐ รวมถึงอนุญาตให้ใช้รูปภาพ และข้อมูล ประวัติ เพื่อการมีเวชระเบียน และการตรวจ/รักษา ทั้งนี้หากมีการตรวจพบข้อความใด ไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงตามความจริง และอาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ตัวข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกประการ

การยินยอมรับการรักษา/รับบริการ และรับทราบสิทธิพื้นฐาน

ข้าพเจ้ายินยอมโดยสมัครใจให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพประจำคลินิก และ/หรือบุคลากรอื่น ๆ ในทีมสุขภาพของศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก ทำการตรวจ วินิจฉัยและรักษา และกระทำการใด ๆ ตามหลักวิชาชีพด้านสุขภาพของคลินิกนั้น ๆ เปิดเผยข้อมูลการรักษาของข้าพเจ้า ให้แก่บุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งมีความจำเป็นในการเข้าถึงข้อมูลของข้าพเจ้า

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจเป็นอย่างดีแล้วถึงคำประกาศสิทธิและหน้าที่ผู้ป่วย (หน้าที่ 2)

กรณีนี้ผู้รับบริการอยู่ในสภาวะที่ไม่อาจให้ความยินยอมได้ด้วยตนเอง: ข้อความดังกล่าวข้างต้นได้ถูกอธิบายให้ผู้มีอำนาจตามกฎหมายในการตัดสินใจ

ลงชื่อ (ตัวบรรจง) ผู้รับบริการ ผู้ให้ข้อมูล เกี่ยวข้องเป็นว/ด/ป.....

การแปลและให้ข้อมูลโดยผู้แปลภาษา

ข้าพเจ้าได้แปลเอกสารแสดงความยินยอมรับการตรวจรักษาข้างต้น รวมทั้งข้อมูลที่เจ้าหน้าที่อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบในภาษา.....

ชื่อผู้แปล (ตัวบรรจง)..... ลายมือชื่อผู้แปล ว/ด/ป.....