



หนังสือยินยอมเข้ารับการดูแล  
ณ สถานพยาบาลรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร  
(สำหรับผู้ที่ตรวจหาเชื้อด้วยวิธี Rapid Antigen Test Kit)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขที่บัตรประชาชน             อายุ.....ปี

ที่อยู่ เลขที่ ..... ถนน..... แขวง.....

เขต..... จังหวัด.....

สถานะ  ผู้ป่วย

ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลของ

(เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว).....

เลขที่บัตรประชาชน             อายุ.....ปี

โดยผู้ป่วยได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (SARS-CoV-2) ด้วยวิธี Rapid Antigen Test Kit  
เมื่อวันที่.....เดือน.....ปี..... ซึ่งให้ผลการตรวจเป็นผลบวก (Positive)

ขอเข้ารับการดูแล ณ สถานพยาบาล.....

ในการนี้ ผู้ป่วยขอเข้ารับการดูแล ณ สถานพยาบาลรองรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)  
ในพื้นที่กรุงเทพมหานครด้วยความสมัครใจ และยินยอมปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสถานพยาบาล โดยจะไม่มี  
การร้องเรียนกรณีหากมีการตรวจซ้ำด้วยวิธี RT-PCR และผลทางห้องปฏิบัติการไม่ตรงกับผลจากการตรวจหาเชื้อ  
ด้วยวิธี Rapid Antigen Test Kit

เพื่อเป็นหลักฐาน จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

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

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่  
(.....)

วันที่.....