

ใบยินยอมของญาติผู้บริจาคอวัยวะ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เวลา

ข้าพเจ้า ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ บ้านเลขที่ หมู่ หมู่บ้าน ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

โทรศัพท์ มีความสัมพันธ์เป็น

ของผู้เสียชีวิตชื่อ อายุ ปี

เลขประจำตัวประชาชน มีความประสงค์ที่จะบริจาคอวัยวะต่าง ๆ

ของผู้เสียชีวิต ดังต่อไปนี้ โดยไม่รับค่าตอบแทน

หัวใจ ตับ ไต ปอด

เนื้อเยื่อ ได้แก่ ผิวหนัง กระดูก

อวัยวะทุกส่วนของร่างกายที่ใช้เป็นประโยชน์ได้

เพื่อให้แพทย์นำไปใช้รักษาช่วยชีวิตผู้ป่วยอื่น หรือใช้เพื่อการศึกษาทางการแพทย์ หรือค้นคว้าวิจัยอื่นๆ ต่อไป

ลงชื่อ ผู้อนุญาต

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ความสัมพันธ์

ความสัมพันธ์

บันทึกเพิ่มเติม กรณีญาติที่มีอำนาจลงนามลำดับแรกไม่ได้เป็นผู้ลงนาม

“

.....

.....

..... ”

ลงชื่อ ผู้ให้ข้อมูล/ผู้บันทึก

ตำแหน่ง