ใบแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า ..... วัน/เดือน/ปี(เกิด) .....

หมายเลขบัตรประชาชน ..... อาชีพ .....

ที่อยู่ เลขที่ ..... หมู่ ..... หมู่บ้าน/อาคาร ..... ซอย ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทร. ..... โทรศัพท์เคลื่อนที่ ..... E-mail: .....

ขออุทิศอวัยวะของข้าพเจ้าเมื่อถึงแก่กรรมแล้ว ได้แก่ ❑ หัวใจ ❑ ตับ ❑ ไต ❑ ปอด

(โปรดทำเครื่องหมาย x ลงในช่อง ตามอวัยวะที่บริจาค) ❑ อวัยวะทุกส่วนของร่างกายที่ใช้เป็นประโยชน์ได้

เพื่อมอบให้แพทย์นำไปรักษาช่วยชีวิตผู้ป่วยด้วยการปลูกถ่ายอวัยวะด้วยความเต็มใจ โดยที่ข้าพเจ้าได้ปรึกษาหารือกับครอบครัวก่อนแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะแล้ว และได้รับทราบและเข้าใจเป็นอย่างดีว่า แพทย์จะทำการตกแต่งร่างกายให้เป็นที่เรียบร้อยโดยมิทำให้เกิดความล่าช้าในการประกอบพิธีทางศาสนา

ลงชื่อ ..... ผู้บริจาค

ลงชื่อ ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน

(.....)

(การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะนี้ ไม่ใช่การบริจาคดวงตาและร่างกายเพื่อเป็นอาจารย์ใหญ่)