



กรมสุขภาพจิต  
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4

เอกสารแสดงความยินยอม (Consent Form)

วันที่ \_\_\_\_\_

ชื่อบริการ \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว \_\_\_\_\_

“ให้” ความยินยอม

“ไม่ให้” ความยินยอม

ในการ.....(ระบุวัตถุประสงค์ในการขอความยินยอม).....

.....  
.....  
.....  
.....

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารชี้แจงข้อมูล หรือได้รับคำอธิบาย จากศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผย (“ประมวลผล”) ข้อมูลส่วนบุคคล และมีความเข้าใจดีแล้ว


ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการ บังคับหรือชักจูง และข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้เว้นแต่ในกรณีมี ข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 ที่ให้ประโยชน์แก่ข้าพเจ้าอยู่

กรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะขอถอนความยินยอม ข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมจะมีผลทำให้ .....(ระบุผลกระทบจากการถอนความยินยอม เช่น ข้าพเจ้าอาจได้รับความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง หรือ ไม่สามารถเข้าถึงฟังก์ชันการใช้งานบางอย่างได้ เป็นต้น).....

และข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อ การประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้ว ก่อนการถอนความยินยอม

ลงชื่อ.....

(.....)

  
(นางสาวนวลวัลย์ จ้างประเสริฐ)  
ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๔