



หนังสือยินยอมให้ใช้ข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือการรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....DN.....

เลขประจำตัวประชาชน หรือ อื่น ๆ เช่น หนังสือเดินทางเลขที่.....

ในฐานะ ☐ ผู้ป่วย/ผู้ขอรับบริการทางทันตกรรม☐ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย ชื่อ.....

ได้รับแจ้งจากทันตแพทย์ผู้ทำการรักษา ในการขอเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อวัตถุประสงค์ในการเรียนการสอน การสอบ การประชุมสัมมนา การวิจัยและตีพิมพ์ การให้ความรู้ทางการแพทย์ และอื่น ๆ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล	เพื่อใช้สำหรับ การเรียนการสอน การสอบ เท่านั้น	สามารถนำเผยแพร่ได้ โดยไม่ระบุตัวตน ตามวัตถุประสงค์ข้างต้น
1. ประวัติผู้ป่วย และประวัติการรักษา		
2. แบบจำลองฟัน		
3. ยินยอมให้ถ่ายภาพนิ่ง ทั้งภายใน และภายนอกช่องปากขณะทำการรักษาทางทันตกรรม		
4. ยินยอมให้ถ่ายภาพเคลื่อนไหว ทั้งภายใน และภายนอกช่องปากขณะทำการรักษาทางทันตกรรม		
5. ยินยอมให้ใช้ภาพถ่ายรังสีภายในและภายนอกช่องปาก		

☐ อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางทันตกรรม (โปรดระบุรายละเอียด).....

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจเป็นอย่างดีว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของข้าพเจ้า จะไม่สามารถระบุตัวตนของข้าพเจ้าได้ แต่ก็มีความเป็นไปได้ที่จะมีบุคคลสามารถระบุตัวตนของข้าพเจ้าได้ แม้ว่าได้พยายามปกปิดแล้วก็ตาม

2. การนำข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไปใช้ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุข้างต้น ครอบคลุมถึงการเผยแพร่ในวารสารและสื่อสิ่งพิมพ์ การเผยแพร่ทางโทรทัศน์ การเผยแพร่ทางสื่อออนไลน์ รวมถึงการเผยแพร่ในรูปแบบอื่น ๆ ที่อาจเป็นไปได้ด้วย

3. ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเผยแพร่ตามความเป็นจริง โดยปราศจากการบิดเบือน

4. ข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้ โดยจะแจ้งกับทันตแพทย์และลงลายมือชื่อเพื่อขอเพิกถอนความยินยอม และทราบว่าข้อมูลถูกเผยแพร่ไปแล้ว ข้าพเจ้าจะไม่สามารถถอนความยินยอมได้อีก การถอนความยินยอมในอนาคตไม่ว่ากรณีใด ๆ ไม่มีผลต่อการเผยแพร่ที่ได้กระทำไปก่อนแล้ว

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม ให้เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้ขอรับบริการทางทันตกรรม/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

วันที่.....

วันที่.....

กรณีขอถอนความยินยอมการใช้ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า.....ผู้ให้ความยินยอมการใช้ข้อมูลส่วนบุคคล
ตามเอกสารฉบับนี้

ขอถอนความยินยอมในการใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ตั้งแต่ วันที่.....เป็นต้นไป

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้ป่วย/ผู้ขอรับบริการทางทันตกรรม

ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา

/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน

วันที่.....

วันที่.....

เอกสารนี้จัดทำขึ้นโดยคำนึงถึง

พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (PDPA)

หมายเหตุ: ผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วย ได้แก่

1. ผู้ป่วยกรณีบรรลุนิติภาวะ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
2. สามีหรือภรรยาตามกฎหมาย และฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่มีสติสัมปชัญญะ (ไม่รู้สีกตัว)
3. ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ
4. ผู้อนุบาล กรณีผู้ป่วยเป็นคนวิกลจริต หรือคนไร้ความสามารถ
5. ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ