



กรมสุขภาพจิต
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เอกสารแสดงความยินยอม (Consent Form)

วันที่ _____

ชื่อบริการ _____

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว _____

“ให้” ความยินยอม

“ไม่ให้” ความยินยอม

ในการให้สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมสุขภาพจิต เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล “ประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล” เพื่อประโยชน์ในการให้บริการทางการแพทย์ การอบรม/สัมมนา การวิจัย การให้ส่งเสริมบริการสุขภาพ และสนับสนุนงานตามพันธกิจของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีระบบจัดเก็บข้อมูลที่ปลอดภัย ซึ่งดูแลรับผิดชอบเป็นการเฉพาะ และจะใช้ข้อมูลส่วนบุคคลตามวัตถุประสงค์ที่แจ้งไว้เท่านั้น

ทั้งนี้ ก่อนการแสดงเจตนา ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารชี้แจงข้อมูล หรือได้รับคำอธิบาย จากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมสุขภาพจิต ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บ รวบรวม ใช้หรือเปิดเผย (“ประมวลผล”) ข้อมูลส่วนบุคคล และมีความเข้าใจดีแล้ว

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมในเอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ ปราศจากการ บังคับหรือชักจูง และข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอมนี้เสียเมื่อใดก็ได้เว้นแต่ในกรณีมี ข้อจำกัดสิทธิตามกฎหมายหรือยังมีสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ กรมสุขภาพจิต ที่ให้ประโยชน์แก่ข้าพเจ้าอยู่

กรณีที่ข้าพเจ้าประสงค์จะขอถอนความยินยอม ข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมจะมีผลทำให้ ข้าพเจ้าอาจได้รับความสะดวกในการใช้บริการน้อยลง หรือ ไม่สามารถเข้าถึงฟังก์ชันการใช้งานบางอย่างได้ และข้าพเจ้าทราบว่า การถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ลงชื่อ.....

(.....)