



ใบยินยอมรับการยุติการตั้งครรภ์

ข้าพเจ้า ด.ญ./นางสาว/นาง (ชื่อ-สกุล).....เบอร์โทรศัพท์.....
สมัครใจที่จะรับบริการยุติการตั้งครรภ์ ได้ทราบข้อมูลและทำความเข้าใจ กระบวนการ วิธีการยุติการตั้งครรภ์ ผลข้างเคียงที่
อาจเกิดขึ้น แล้ว และได้สอบถามพร้อมทั้งได้รับคำอธิบายจากผู้ให้บริการ เป็นที่พอใจแล้ว
ยินยอมยุติการตั้งครรภ์ ด้วยยา เครื่องดูดสุญญากาศ อื่น ๆ ระบุ

ลงนามผู้รับบริการ.....

กรณีที่ผู้รับบริการอายุต่ำกว่า 15 ปี อาจได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ปกครองดูแลด้วยก็ได้

ลงนาม..... ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองดูแล

ลงนาม พยาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงนามแพทย์ผู้ยุติการตั้งครรภ์.....ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

รพ. / คลินิก.....จังหวัด.....

(ส่วนนี้ใช้) เฉพาะกรณีความผิดเกี่ยวกับเพศ

ข้าพเจ้าประสงค์ที่จะยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากมีการกระทำความผิดทางเพศจริง ตามข้อเท็จจริงที่ให้กับแพทย์

ลงนาม ด.ญ./ นางสาว /นาง (ชื่อ-สกุล)

พยาน

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.