

(ลับ)

แบบการตรวจการติดเชื้อ ไวรัส เอช.ไอ.วี.

ส่วนที่ 1 (สำหรับผู้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ)

หนังสือแสดงความยินยอม (กรุณาเซ็นชื่อต่อหน้าแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์)

ข้าพเจ้า

มีความประสงค์ ไม่มีความประสงค์

ไว้แก่บริษัท..... (ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า **บริษัท**) รวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมาย

จากบริษัทให้ดำเนินการตรวจเลือด บัสสภาวะ น้ำลาย หรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย เพื่อนำผลมาประกอบการพิจารณาปรับประกันตามใบคำขอ
เอาประกันที่ยื่นต่อบริษัท การตรวจดังกล่าวต่อไปนี้จะรวมถึง การตรวจไขมันในเลือด เบาหวาน การทำงานของตับ ไต การติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกัน
บกพร่องเอดส์ ยาหรือสารเสพติด บุหรี่ และอื่นๆ

ข้าพเจ้า ให้ความยินยอม ไม่ให้ความยินยอม

ให้ ด.ช. ด.ญ. นาย น.ส.....ซึ่งเป็นผู้อยู่น้อยกว่า 18 ปี หรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ

ด้วยการสมรส หรือเป็นผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้ และอยู่ในความปกครอง / ดูแลของข้าพเจ้า
ได้รับการตรวจเลือด บัสสภาวะ น้ำลาย หรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย เพื่อนำผลมาประกอบการพิจารณาปรับประกันตามใบคำขอเอาประกันภัยที่
ยื่นต่อบริษัท การตรวจดังกล่าวต่อไปนี้จะรวมถึง การตรวจไขมันในเลือด เบาหวาน การทำงานของตับ ไต การติดเชื้อไวรัส ภูมิคุ้มกันบกพร่อง
เอดส์ ยาหรือสารเสพติด บุหรี่ และอื่นๆ

ข้าพเจ้าได้อ่าน หรือได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับข้อควรระวังก่อนรับการตรวจเอดส์จากแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์แล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยผลการตรวจดังกล่าวต่อบริษัทหรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง และบริษัทประกันชีวิตอื่น เพื่อการขอเอาประกันชีวิตของ
ข้าพเจ้ากับบริษัทอื่น และถ้าข้าพเจ้าต้องการทราบผลการตรวจเกี่ยวกับเอดส์ จะแจ้งให้บริษัททราบพร้อมที่อยู่ที่จะให้ติดต่อ

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการตรวจ

(.....) (.....)

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง

(.....) (.....)

ลงลายมือชื่อไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 (สำหรับแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์) การเก็บเลือด บัสสภาวะ น้ำลาย หรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย

โปรดตรวจสอบบัตรประจำตัวของผู้รับการตรวจทุกครั้ง (ไม่มีบัตรไม่รับตรวจ)

บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับการตรวจ บัตรข้าราชการ/พนักงานของรัฐของผู้รับการตรวจ ใบขับขี่ของผู้รับการตรวจ อื่นๆ

ชื่อ-นามสกุลของผู้รับการตรวจ.....เลขที่บัตรของผู้รับการตรวจ.....

ลงชื่อ.....แพทย์/เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์

สถานที่เก็บ.....วันที่เก็บ.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 3 (สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ)

ผลการตรวจ Anti-HIV Positive (+) Negative (-) ไม่แสดงผล

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(โปรดประทับตราของสถานที่ตรวจ และแนบใบรายงานผลการตรวจพร้อมแบบนี้)