

แบบการตรวจการติดเชื้อ ไวรัส เอช.ไอ.วี.

ส่วนที่ 1 (สำหรับผู้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ)

หนังสือแสดงความยินยอม (กรุณาเซ็นชื่อต่อหน้าแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์)

ข้าพเจ้า

☐ มีความประสงค์ ☐ ไม่มีความประสงค์

ไว้แก่บริษัท..... (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า บริษัท) รวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทให้ดำเนินการตรวจเลือด ปัสสาวะ น้ำลาย หรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย เพื่อนำผลมาประกอบการพิจารณาประกันตามใบคำขอเอาประกันที่ยื่นต่อบริษัท การตรวจดังกล่าวต่อไปนี้จะรวมถึงการตรวจไขมันในเลือด เบาหวาน การทำงานของตับ ไต การติดเชื้อไวรัส ภูมิคุ้มกันบกพร่องเอดส์ ยาหรือสารเสพติด บุหรี่ และอื่นๆ

ข้าพเจ้า ☐ ให้ความยินยอม ☐ ไม่ให้ความยินยอม

ให้ ☐ ด.ช. ☐ ด.ญ. ☐ นาย ☐ น.ส.....ซึ่งเป็นผู้น้อยกว่า 18 ปี หรือยังไม่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส หรือเป็นผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้ และอยู่ในความปกครอง / ดูแลของข้าพเจ้า ได้รับการตรวจเลือด ปัสสาวะ น้ำลาย หรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย เพื่อนำผลมาประกอบการพิจารณาประกันตามใบคำขอเอาประกันที่ยื่นต่อบริษัท การตรวจดังกล่าวต่อไปนี้จะรวมถึง การตรวจไขมันในเลือด เบาหวาน การทำงานของตับ ไต การติดเชื้อไวรัส ภูมิคุ้มกันบกพร่องเอดส์ ยาหรือสารเสพติด บุหรี่ และอื่นๆ

ข้าพเจ้าได้อ่าน หรือได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับข้อควรรู้ก่อนรับการตรวจเอดส์จากแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยผลการตรวจดังกล่าวต่อบริษัทหรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง และบริษัทประกันชีวิตอื่น เพื่อการขอเอาประกันชีวิตของข้าพเจ้ากับบริษัทอื่น และถ้าข้าพเจ้าต้องการทราบผลการตรวจเกี่ยวกับเอดส์ จะแจ้งให้บริษัททราบพร้อมที่อยู่ที่จะให้ติดต่อ

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการตรวจ
 (.....) (.....)

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง
 (.....) (.....)

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

ส่วนที่ 2 (สำหรับแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์) การเก็บเลือด ปัสสาวะ 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)

