

(ลับ)

**ส่วนที่ 1** (สำหรับผู้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ)

หนังสือแสดงความยินยอม (กรุณาเซ็นชื่อต่อหน้าแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์)

ข้าพเจ้า.....  มีความประสงค์  ไม่มีความประสงค์

ไว้แก่บริษัท..... (ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า บริษัท) รวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับ

มอบหมายจากบริษัทให้ดำเนินการตรวจเลือด บัสสภาวะ น้ำลาย หรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย เพื่อนำผลมาประกอบการพิจารณาประกันตามใบคำขอเอาประกันที่ยื่นต่อบริษัท การตรวจดังกล่าวต่อไปนี้จะรวมถึงการตรวจไขมันในเลือด เบาหวาน การทำงาน ของตับ ไต การติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่องเอดส์ ยาหรือสารเสพติด บุหรี่ และอื่นๆ

ข้าพเจ้า  ให้ความยินยอม  ไม่ให้ความยินยอม

ให้  ด.ช.  ด.ญ.  นาย  น.ส..... ซึ่งเป็นผู้มีอายุน้อยกว่า 18 ปี

หรือ ไม่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรสหรือเป็นผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้ และอยู่ในความปกครอง/ดูแลของข้าพเจ้า ได้รับการตรวจเลือด บัสสภาวะ น้ำลาย หรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย เพื่อนำผลมาประกอบการพิจารณาประกันตามใบคำขอเอาประกันที่ยื่นต่อบริษัท การตรวจดังกล่าวต่อไปนี้จะรวมถึง การตรวจไขมันในเลือด เบาหวาน การทำงานของตับ ไต การติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่องเอดส์ ยาหรือสารเสพติด บุหรี่ และอื่นๆ

ข้าพเจ้าได้อ่าน หรือ ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับข้อควรระวังก่อนรับการตรวจเอดส์จากแพทย์ 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 บัสสภาวะ น้ำลาย หรือสารคัดหลั่งจากร่างกาย

**โปรดตรวจสอบบัตรประจำตัวของผู้รับการตรวจทุกครั้ง (ไม่มีบัตรไม่รับตรวจ)**

บัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับการตรวจ  บัตรข้าราชการ/พนักงานของรัฐของผู้รับการตรวจ  ใบขับขี่ของผู้รับการตรวจ

อื่นๆ.....

ชื่อ-นามสกุลของผู้รับการตรวจ.....เลขที่บัตรของผู้รับตรวจ.....

ลงชื่อ.....แพทย์/เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์

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

**ส่วนที่ 3** (สำหรับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ)

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

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(โปรดประทับตราของสถานที่ตรวจ และแนบในรายงานผลการตรวจพร้อมแบบนี้)