

แบบส่งผลการรักษาและความเห็นกลับศาลเยาวชนและครอบครัวจังหวัดสุรินทร์

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้บริการ

ชื่อผู้รับบริการ อายุ..... ปี

ชื่อสถานบัน/โรงพยาบาล อำเภอ จังหวัด

๑.๑ ประวัติการเจ็บป่วยก่อนเข้ารับบริการ

ไม่มี

มี ระบุ.....

๑.๒ ประวัติการรักษาอาการเจ็บป่วย

ไม่มี

มี ระบุสถานบัน/โรงพยาบาล.....

๑.๓ ผลการบำบัดรักษา.....

๑.๔ การตรวจประเมินของแพทย์.....

๑.๕ ความสามารถในการต่อสู้คดี

สามารถต่อสู้คดีได้

ไม่สามารถต่อสู้คดีได้

ชื่อผู้ตอบและตำแหน่ง.....

วันเดือนปีที่ตอบกลับ.....

ส่วนที่ ๒ การยินยอมให้เปิดเผยข้อมูล

ผู้รับบริการได้อ่านและทราบข้อความข้างต้นและยินยอมให้ผู้ตอบได้ส่งข้อมูลดังกล่าวต่อศาลเยาวชนและครอบครัวจังหวัดสุรินทร์เพื่อประโยชน์ในการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจอย่างต่อเนื่องต่อไป

ลงนาม ผู้รับบริการ

(.....)

หรือ..... ผู้แทน(ระบุความเกี่ยวข้อง.....)

(.....)

..... พยาน

(.....)

ศาลเยาวชนและครอบครัวจังหวัดสุรินทร์

๘๐๘ หมู่ ๒๐ ถนนเลี่ยงเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

โทรศัพท์ ๐๔๔ ๐๔๐๘ ๕๖-๗ โทรสาร ๐๔๔ ๐๔๐๘ ๕๘

โทรศัพท์มือถือ ๐๘๑-๕๗๔๔๗๗๙ (สิรินุช ศูนย์ให้คำปรึกษาแนะนำ)