

Nama dan alamat :

KEPADA :

KETUA PENOLONG PENDAFTAR
UNIT REKOD PERUBATAN
HOSPITAL UNIVERSITI SAINS MALAYSIA
JALAN RAJA PEREMPUAN ZAINAB II
16150 KUBANG KERIAN
KELANTAN
Faks: 09-7673155

Tarikh : _____

Tuan/Puan,

KEIZINAN UNTUK MENGELUARKAN SURAT PENGESAHAN MENERIMA RAWATAN DAN CUTI SAKIT/SALINAN SIJIL AKUAN SAKIT/PENGESAHAN SIJIL AKUAN SAKIT PERKESO BAGI :

Nama Pesakit : _____
No. Kad Pengenalan : _____
No. Pendaftaran (RN) : _____

Adalah saya dengan hormatnya merujuk kepada perkara di atas.

2. Bahawa saya (Nama) _____ No. Kad Pengenalan, _____ dengan ini memberi kuasa kepada pihak Hospital Universiti Sains Malaysia dan kakitangannya untuk mengeluarkan sebahagian atau kesemua maklumat yang terkandung dalam rekod perubatan ke atas diri ***saya/suami/isteri/anak** sepertimana yang tersebut di atas (pesakit).

3. Saya dengan ini juga melepaskan pihak Hospital Universiti Sains Malaysia dan kakitangannya daripada sebarang tanggungjawab dan tindakan undang-undang yang mungkin berbangkit daripada keizinan ini.

Sekian, terima kasih.

Yang benar,

(Tandatangan)

Nama Pesakit : _____
No. Kad Pengenalan : _____