

(Nama dan alamat pemohon)

.....
.....
.....
.....

Kepada:

Ketua Penolong Pendaftar
Unit Rekod Perubatan
Hospital Universiti Sains Malaysia
Kampus Kesihatan
Jalan Raja Perempuan Zainab II
16150 Kubang Kerian
Kelantan (Fax: 09-767 3155)

Tarikh: _____

Tuan,

**KEIZINAN UNTUK MENGELUARKAN MAKLUMAT UNTUK LAPORAN PERUBATAN
BERTULIS BAGI:**

NAMA PESAKIT : _____

NO. KAD PENGENALAN (BARU / LAMA) : _____

NO. R/N (NO. PENDAFTARAN HOSPITAL) : _____

Perkara di atas adalah dirujuk.

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 dari keizinan ini.

Sekian, terima kasih.

Yang benar,

Nama : _____

No. K/P: _____

No. Tel. : _____