

JABATAN MULTIMEDIA DAN PENYIARAN
Borang Keizinan Penggambaran Fotografi / Videografi Perubatan

Tarikh :
Nama Pesakit :
No. Kad Pengenalan / Passport : Umur :
No. Pendaftaran (MRN) : Jantina : Lelaki / Perempuan*

Saya, seperti nama tersebut di atas / ibu / bapa / penjaga* kepada
(nama) (sila nyatakan hubungan dengan pesakit) telah diterangkan oleh Pegawai Perubatan
tentang keperluan mengambil fotografi / videografi tentang rawatan / penyakit

Saya faham serta memberi keizinan untuk gambar dan video diri / anak / jagaan saya* diambil dimana imej / video tersebut
mungkin :

- a) Diletakkan dalam Fail Rekod Pesakit saya / anak / jagaan* untuk jagarawatan pada masa akan datang.
- b) Dihantar secara elektronik kepada Pegawai Perubatan merawat.
- c) Digunakan oleh Pegawai Perubatan di Hospital Canselor Tuanku Muhriz, UKM untuk tujuan pengajaran, penyelidikan dan latihan tanpa mendedahkan identiti saya / anak / jagaan*.
- d) Digunakan dalam terbitan perubatan, surat khabar, artikel dan jurnal perubatan bertulis / elektronik tanpa mendedahkan identiti saya / anak / jagaan*.
- e) Digunakan dalam media perubatan untuk tujuan pendidikan / latihan / penyelidikan tanpa mendedahkan identiti saya / anak / jagaan*.
- f) Digunakan sebagai bahan ilustrasi untuk perancangan rawatan pesakit pada masa hadapan tanpa mendedahkan identiti saya / anak / jagaan*.

.....
Tandatangan

Nama pesakit / ibu / bapa / penjaga*

.....
(sila nyatakan hubungan dengan pesakit)***

No Kad Pengenalan :

.....
Alamat :

.....
No. Telefon :

.....

.....
Tandatangan

Nama Pegawai Perubatan :

.....
No Kad Pengenalan :

.....
Cop Rasmi :

Saya mengaku bahawa maklumat di atas telah dimaklumkan dan diterangkan oleh Pegawai Perubatan di atas kepada pesakit /
ibu / bapa / penjaga* (sila nyatakan hubungan dengan pesakit)***

.....
Tandatangan

Nama Saksi :

No. Kad Pengenalan/Passport :

* potong yang mana tidak berkenaan

*** hanya diisi jika keizinan diberi oleh selain dari pesakit

JABATAN MULTIMEDIA DAN PENYIARAN
Informed Consent Form For Medical Photography / Videography

Date :
Patient's Name :
Identity Card / Passport No. : Age :
Registration No. (MRN) : Sex : Male / Female*

I, the above named patient / parent / guardian* of (name) who is
..... (please specify relationship with the patient) has been informed by the Medical Officer the need to
take photograph / videograph about the treatment / disease of

I fully understand and agree to give consent to photographs and videos of me / my child / my dependent* , in which the image /
video may be :

- a) Placed in my / my child / my dependent's* medical record for future use.
- b) Electronically mail to treating Medical Practitioner.
- c) Used by Medical Practitioner / Lecturer in Hospital Canselor Tuanku Muhriz for education, research and training
without revealing my / my child / my dependent's* identity.
- d) Used in paper or electronic medical publications, newspaper, article and medical journals without revealing my / my
child / my dependent's* identity.
- e) Used in medical broadcast for educational / training / research purposes without revealing my / my child / my
dependent's* identity.
- f) Used as illustration in treatment plans for future patient without revealing my / my child / my dependent's* identity.

.....
Signature

Name of patient / parent / guardian*
.....
(please specify relationship with the patient)***
Identity Card No. :

.....
Address :

.....
Contact No. :

.....

.....
Signature

Name of Medical Officer :
.....
Identity Card No. :

.....
Official Stamp :

I witnessed the above information has been informed and explained by the above Medical Officer to the patient / parent /
guardian* (please specify relationship with the patient)***

.....
Signature
Name of Witness :
Identity Card No :

* delete if not applicable

*** to be filled if the Consent is given by other than patient