



JABATAN MAKLUMAT KESIHATAN • DEPARTMENT OF HEALTH INFORMATION

**BORANG AKUAN PERMOHONAN/PENERIMAAN
REKOD PERUBATAN PESAKIT/LAPORAN PERUBATAN
SELAIN PESAKIT/WARIS**

Bahawasanya saya (Nama) _____

(No.Kad Pengenalan) _____

(Talian saudara/ bagi pihak agensi) _____

MENGAMBIL TANGGUNGJAWAB SEPENUHNYA DAN MENGESAHKAN BAHAWA:

- i. Telah diberi kuasa dan dilantik sebagai wakil bagi urusan yang dipohon.
- ii. Tandatangan/ cap jari yang dikemukakan sebagai kebenaran mengeluarkan salinan rekod perubatan pesakit/laporan perubatan adalah sah dan tulen serta ditandatangani/dicap sendiri oleh pesakit/waris;
- iii. Mengambil tanggungjawab sepenuhnya sekiranya didapati terdapat penipuan atau telah melanggar sebarang peraturan atau undang-undang yang sedang berkuatkuasa;
- iv. Memelihara maklumat yang diterima mengikut Akta Pelindungan Data Peribadi 2010 (Akta 709) dan maklumat yang diterima hanya digunakan bagi tujuan urusan/kes yang dipohon SAHAJA; dan
- v. Melepaskan pihak Hospital Canselor Tuanku Muhriz serta kakitangannya daripada sebarang tanggungjawab atau tanggungan undang-undang yang mungkin berbangkit melalui keizinan yang dikemukakan.

Tandatangan:

Nama :_____
Tarikh :_____
Cap Rasmi :
(Agensi)****Sila lampirkan sesalinan kad Pengenalan sebagai rujukan***