



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH  
Kod Dokumen: HSAAS/RADIO/BR01

**BORANG PERMOHONAN SALINAN IMEJ/LAPORAN DAN PERKHIDMATAN  
PENDIGITALAN IMEJ PEMERIKSAAN RADIOLOGI**

**MAKLUMAT PEMOHON**

NAMA PEMOHON	:		HUBUNGAN DENGAN PESAKIT	:	
NO. TELEFON	:		TARIKH PERMOHONAN	:	

**MAKLUMAT PESAKIT**

NAMA PESAKIT	:		NO. MRN	:	
NO. K/P	:		WAD/KLINIK	:	

**MAKLUMAT PERMOHONAN (Tandakan  pada ruang yang berkenaan)**

JENIS PERKHIDMATAN		CATATAN
<input type="checkbox"/>	PERMOHONAN LAPORAN RADIOLOGI	
<input type="checkbox"/>	PENDIGITALAN <input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> FILEM	
<input type="checkbox"/>	PERCETAKAN SALINAN <input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> FILEM	

**JENIS PEMERIKSAAN DAN TARIKH**

X-RAY     ULTRASOUND     CT SCAN     MRI     MAMMOGRAM     BMD     ANGIO     LAIN-LAIN

**SEBAB PERMOHONAN**

KEGUNAAN PERIBADI     RUJUKAN KE/DARI HOSPITAL/PUSAT PERUBATAN : \_\_\_\_\_  
 TUNTUTAN INSURANS     AKADEMIK     LAIN-LAIN : \_\_\_\_\_

**KEIZINAN UNTUK MENGELUARKAN MAKLUMAT**

Saya dengan ini membenarkan pihak Jabatan Radiologi Hospital Sultan Abdul Aziz Shah (HSAAS) UPM untuk mengeluarkan imej atau laporan pemeriksaan radiologi (saya/pesakit/si mati) yang bernama seperti di atas. Dengan ini saya melepaskan pihak Jabatan Radiologi, HSAAS UPM dari sebarang tindakan undang-undang yang berkaitan dengannya.

Nama & Tanda Tangan pesakit/waris

Tarikh

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PERMOHONAN OLEH PAKAR/PEGAWAI PERUBATAN**

Nama, Tanda Tangan dan cap rasmi

Tarikh

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**UNTUK KEGUNAAN JABATAN RADIOLOGI**

Permohonan Diterima Oleh: \_\_\_\_\_ Tarikh : \_\_\_\_\_

Disediakan Oleh : \_\_\_\_\_ Tarikh : \_\_\_\_\_

**TUNTUTAN DOKUMEN**

Dokumen Diambil Oleh : \_\_\_\_\_ Tarikh : \_\_\_\_\_



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH  
Document Code: HSAAS/RADIO/BR01

**COPY OF RADIOLOGICAL EXAMINATION IMAGE/REPORT  
& IMAGE DIGITIZATION SERVICE FORM**

**APPLICANT DETAILS**

NAME OF APPLICANT	:	RELATIONSHIP	:
TELEPHONE NO.	:	DATE	:

**PATIENT DETAILS**

NAME OF PATIENT	:	MRN NO.	:
I/C NO	:	WARD/CLINIC	:

**APPLICATION DETAILS (Please ✓ where applicable)**

SERVICE TYPE		REMARK
COPY OF RADIOLOGY REPORT		
IMAGE DIGITIZATION	<input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> FILM	
IMAGE COPY	<input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> FILM	

**TYPE OF EXAMINATION & DATE**

- X-RAY     ULTRASOUND     CT SCAN     MRI     MAMMOGRAM     BMD     ANGIO  
 OTHERS

**REASON FOR APPLICATION**

- PERSONAL COPY     REFERRAL FROM/TO OTHER HOSPITAL    : \_\_\_\_\_  
 INSURANCE CLAIM     ACADEMIC     OTHERS    : \_\_\_\_\_

**CONSENT TO RELEASE OF RADIOLOGY RECORDS**

I hereby authorise the Radiology Department, Hospital Sultan Abdul Aziz Shah (HSAAS) UPM to disclose (my/the patient/the deceased) radiologic examination image or report as mentioned above. I too hereby absolve HSAAS UPM from any legal action that may arise.

Name of patient/next of kin & signature

Date

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**APPLICATION BY SPECIALIST/MEDICAL OFFICER**

Name, signature & official stamp

Date

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FOR RADIOLOGY DEPARTMENT**

Application received by : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Prepared by : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**DOCUMENT CLAIM INFORMATION**

Collected by : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_