



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen: HSAAS/URP/BR14

**BORANG PERMOHONAN & PEMULANGAN
REKOD PERUBATAN PESAKIT TEMUJANJI KLINIK**

Nama Klinik: No. Telefon:

BIL.	NAMA PESAKIT	MRN	TARIKH TEMUJANJI	CATATAN

* Sila lampirkan senarai tambahan sekiranya ruangan di atas tidak mencukupi

Tandatangan dan Cap : _____

Rasmi

Nama Penyelia Klinik : _____

Jawatan : _____ Tarikh: _____

PERAKUAN: Saya akan bertanggungjawab di atas keselamatan / kehilangan rekod perubatan pesakit ini dan akan mengikut segala peraturan Unit Rekod Perubatan, HSAAS.

REKOD PERUBATAN PESAKIT MESTILAH DIHANTAR KE UNIT REKOD PERUBATAN, HSAAS DALAM TEMPOH 24 JAM SELEPAS TEMUJANJI.

AKUAN PENERIMAAN	Tandatangan Petugas : _____	Tandatangan Penerima : _____
	Nama Petugas : _____	Nama Penerima : _____
	Tarikh : _____	Tarikh : _____
AKUAN PEMULANGAN	Tandatangan Petugas : _____	Tandatangan Penerima : _____
	Nama Petugas : _____	Nama Penerima : _____
	Tarikh : _____	Tarikh : _____