



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen: HSAAS/PSY/BR84

BORANG KEIZINAN MENGELUAR DAN BERTUKAR MAKLUMAT

Saya,

No.KP :

Dengan ini, membenarkan pegawai yang bertugas **di Klinik Psikiatri Kanak-Kanak dan Remaja, HSAAS** mengeluarkan/mendapatkan/menukar maklumat berkenaan perkara am, sosial, kesihatan mental bagi pihak (nama pesakit)

dari / kepada jabatan-jabatan / Agensi / pihak-pihak yang disenaraikan dibawah :

Jabatan-Jabatan / Agensi :

1.
2.
3.
4.
5.

Berkaitan dengan (Nyatakan maklumat yang diperlukan)

.....
.....

Saya faham maklumat ini berkaitan dengan hal-hal peribadi dan adalah sulit.

Tandatangan Pesakit :Tarikh :

Tandatangan Penjaga / Ibu / Bapa :

Tarikh :

Tandatangan Saksi :

Tarikh :

Nama Saksi :

Tarikh :



**HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen: HSAAS/PSY/BR84**

BORANG KEIZINAN MENGELUAR DAN BERTUKAR MAKLUMAT

KEBENARAN UNTUK PEMERIKSAAN / PENILAIAN

Saya (Ibu/ Bapa / Penjaga).....
memberi kebenaran untuk anak saya,
Diperiksa dan dinilai oleh pegawai di Klinik Psikologi Kanak-Kanak dan Remaja, HSAAS dan faham
bahawa penilaian dan seterusnya perancangan rawatan akan dibincangkan dengan saya.

Tandatangan Ibu/Bapa/Penjaga :

Tandatangan Saksi :

No. KP :

No. KP :

Tarikh :

Tarikh :