



**HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH  
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA  
Kod Dokumen: HSAAS/OAG/BR165**

**BORANG AKUAN MENOLAK RAWATAN/PROSEDUR**

Saya, \_\_\_\_\_ No.KP/Passport \_\_\_\_\_  
adalah \*pesakit sendiri/ ibu/ bapa/ suami/ isteri/ anak/ penjaga/ saudara kepada pesakit,  
\_\_\_\_\_ No.KP/Passport \_\_\_\_\_  
tidak bersetuju menerima atau menolak rawatan/prosedur \_\_\_\_\_  
yang disarankan untuk \*saya/pesakit. Saya mengakui bahawa saya telah dimaklumkan  
dengan terperinci mengenai rawatan/prosedur tersebut termasuklah keperluan dan  
kebaikannya.

Saya juga telah dimaklumkan dan memahami sepenuhnya risiko-risiko yang boleh dihadapi  
jika rawatan/prosedur ini tidak dilakukan. Risiko ini termasuklah:

1. ....
2. ....
3. ....

Saya mengaku bahawa keputusan ini adalah di atas kerelaan diri saya sendiri. Saya akan  
bertanggungjawab sepenuhnya ke atas sebarang kemungkinan akibat tindakan saya ini.

Saya mengaku janji tidak akan mengambil sebarang tindakan undang-undang terhadap pihak  
hospital atau mana-mana pihak lain yang berkenaan sekiranya berlaku sebarang perkara yang  
tidak diingini akibat daripada keputusan saya ini.

**Pesakit/ Ibu/ Bapa/ Suami/ Isteri/ Anak/ Penjaga (Nyatakan hubungan)**

Nama: \_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_ Tandatangan : \_\_\_\_\_

Alamat: \_\_\_\_\_

No. Telefon: \_\_\_\_\_

Tarikh: \_\_\_\_\_

**Pegawai Perubatan**

Nama:

Jawatan:

Tandatangan dan cap:

Tarikh:

**Saksi**

Nama:

Jawatan:

Tandatangan dan cap: