



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH  
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA  
Kod Dokumen: HSAAS/KEW/BR198

**BORANG PENGESAHAN MENJALANKAN PEPERIKSAAN / PENYELIDIKAN**  
**ENDORSEMENT FORM CONDUCTING EXAMINATION / RESEARCH**

**Pemohon** (Sila isi tempat kosong)

**Applicant** (Please fill in the blanks)

Nama Pemohon *Applicant Name* : \_\_\_\_\_  
Alamat Institusi/ Pusat/ Fakulti : \_\_\_\_\_  
*Faculty/Centre/Institution Address*  
No. Telefon/ Sambungan *Contact No* : \_\_\_\_\_ Emel *Email*: \_\_\_\_\_

**Maklumat Pesakit** (Sila isi tempat kosong dan tanda (/) pada kotak pilihan)

**Patient's Detail** (Please fill in the blank and tick the appropriate box)

Nama *Name* : \_\_\_\_\_  
No. Pendaftaran Pesakit *MRN* : \_\_\_\_\_ No. Kad Pengenalan *Identity Card No*: \_\_\_\_\_  
Jenis Rawatan *Type of Treatment* : \_\_\_\_\_  
Kategori Pesakit *Type of Patient* : Pesakit Luar *Outpatient* (Tarikh Rawatan *Date of Treatment*) : \_\_\_\_\_  
Pesakit Dalam *Inpatient* (Tarikh Kemasukan Wad *Date of Admission*) : \_\_\_\_\_

**Tujuan Rawatan** (Sila isi tempat kosong dan tanda (/) pada kotak pilihan)

**Purpose of treatment** (Please fill in the blank and tick the appropriate box)

Peperiksaan *Examination*: \_\_\_\_\_  
 Penyelidikan *Research* : \_\_\_\_\_  
Kod Projek *Project Code* : \_\_\_\_\_ Tempoh projek *Project Duration* : \_\_\_\_\_ hingga to \_\_\_\_\_  
Status Geran *Grant Status* :  Dibiaya di bawah geran yang diluluskan *Funded under approved grant*  
(Untuk penyelidikan Sahaja)  Dibiayai oleh pihak luar (rawatan dibiayai dibawah geran – tajaan pihak luar yang diluluskan)  
(For research only) *Funded by outsider (treatment is funded under approved external grant)*  
 Tanpa biaya (rawatan dibiayai oleh penyelidik)  
*Non-funded (treatment funded by researcher)*

**Maklumat Pengesah (Sila tandatangan dan cap pegawai yang bertanggungjawab)**

*Verifier Information (Please sign and official stamp)*

Saya bersetuju untuk membayar kadar caj perkhidmatan yang telah ditetapkan dan membenarkan potongan dibuat melalui kod peruntukan Penyelidikan /Fakulti/Jabatan/Pusat Pengajian/Program/Lain-Lain  
*I hereby agree to pay the prescribed service charge rate and allow for deduction to be made through the Research/Faculty/Department/School/Program/Others allocation.*

Tandatangan Ketua Projek/Fakulti/Jabatan/Pusat Pengajian/Program & cap rasmi  
*Signature of Head of Project/Faculty/Department/Education Centre/Program & official stamp*

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

Untuk kegunaan PTJ yang memberi perkhidmatan rawatan (Jabatan/klinik/wad)  
*For the use of PTJ's that providing treatment services only (Department/clinic/ward)*

Tandatangan Ketua Jabatan/Pegawai Perubatan & cap rasmi  
*Signature of Head of Department/Medical Officer & official stamp*

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

**Nota Notes:**

1. Borang ini perlu diisi dengan lengkap. *This form needs to be completed.*
2. Pesakit yang mendapatkan rawatan pesakit luar, borang asal perlu diserahkan di kaunter kewangan sebelum mendapatkan rawatan.  
*For outpatient, the original form must be submitted at the finance counter before seeking treatment.*
3. Pesakit yang mendapatkan rawatan pesakit dalam, borang asal perlu dikemukakan semasa proses kemasukan wad dan perlu diserahkan semasa discaj di kaunter Kemasukan Wad dan Discaj, Lobi Utama atau Kaunter Kewangan di Unit Kecemasan Strok RESQ.  
*For inpatient, the original form must be completed during the admission process and must be submitted upon discharge at the Admission and Revenue Unit, Main Lobby or Finance Counter at the RESQ Stroke Emergency Unit.*
4. Pengecualian caj rawatan dan perkhidmatan hospital pesakit bagi tujuan peperiksaan klinikal diberikan pada tarikh yang ditetapkan sahaja.  
*Exemption payment of treatment and service charges for the purpose of clinical examination is given on the prescribed date only.*
5. Invois akan dikeluarkan dalam tempoh lima (5) hari dari tarikh dokumen lengkap diterima.  
*The invoice will be issued within five (5) days from the date the complete documents are received.*