



HOSPITAL

1757

**KEIZINAN PEMBEDAHAN/PROSEDUR**

beralamat

dengan ini bersetuju dan memberi keizinan untuk:

(A) menjalani pembedahan/prosedur

(B) menyerahkan \*anak/pagaan saya, untuk menjalani pembedahan/prose

di bawah (jenis anestesia) \*anestesia umum/setempat/lain-lain

yang maklumat/tatacara, tujuan dan risikonya telah diterangkan kepada saya oleh Dr.

melalui penterjemah (jika ada)

Saya mengaku bahawa saya faham akan penerangan yang diberikan dengan sepenuhnya dan saya juga faham sebab, akibat dan risiko pembedahan/prosedur berkenaan.

Saya juga bersetuju dan memberi keizinan untuk sebarang pembedahan/prosedur tambahan atau alternatif sebagaimana yang didapati perlu semasa pembedahan/prosedur tersebut di atas dan pemberian anestesia umum, setempat atau lain-lain bagi tujuan ini.

Tidak ada jaminan yang telah diberi kepada saya bahawa pembedahan/prosedur/rawatan bius akan dijalankan oleh mana-mana pengamal tertentu.

Tandatangan:

Hubungan/Tali Pe

No. KP/ID

Tarikh

Saksi:

Tandatangan :

Nama

No. KP/ID

Jawatan

Tarikh

**Peringatan:**

- Jika seseorang itu memberi keizinan sebagai seorang penjaga, hendaklah hubungan/tali persaudaraannya dijelaskan di bawah tandatangannya.
- Saksi boleh terdiri dari pengamal berdaftar/jururawat yang tidak terlibat secara langsung dengan rawatan dan tiada hubungan/tali persaudaraan dengan pesakit atau pengamal yang meminta keizinan.

**Penterjemah (jika ada):**

Tandatangan :

No. KP/ID

Tarikh

Bahasa yang digunakan :

Saya mengakui bahawa saya telah menerangkan maklumat/tatacara, tujuan dan risiko pembedahan/prosedur ini kepada \*pesakit/ibu/bapa/penjaga.

Tandatangan:

(Penga gian)

No. MPM

Tarikh

Jawatan :

**Peringatan:**

Sebarang pindaan kepada borang ini hendaklah dibuat sebelum penerangan diberi dan borang dikemukakan untuk ditandatangani.

yang tidak berkenaan