



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
HOSPITAL RAJA PERMAISURI BAINUN

**BORANG PERSETUJUAN SESI TEMU RAMAH / FOTOGRAFI / PENGGAMBARAN DAN
RAKAMAN AUDIO VISUAL DI DALAM PREMIS HOSPITAL RAJA PERMAISURI BAINUN**

Nama: _____

No. Kad Pengenalan / Passport: _____

No. Daftar Pesakit-RN (sekiranya ada): _____

Saya, pesakit / waris / kakitangan / saudara seperti penama tertera di atas dengan ini bersetuju dan memberi keizinan bagi tujuan penggambaran dan rakaman multimedia / audio / visual ke atas saya / pesakit bernama _____ bagi tujuan pembelajaran, rawatan, diagnosa dan akademik serta promosi kesihatan HRPB.

Rakaman ini juga tidak akan diterbitkan atas tujuan komersil, peribadi dan berkepentingan mana-mana pihak luar. Saya dengan ini memahami penjelasan yang diberikan oleh petugas KKM di HRPB mengenai tujuan rakaman ini adalah bagi promosi kesihatan dan pembelajaran. Saya juga faham mengenai kerahsiaan dan kehormatan diri saya akan dilindungi dengan sebaik mungkin.

Saya memberi keizinan ini tanpa dipengaruhi mana-mana pihak dan dalam keadaan sedar serta mengerti bahawa keizinan rakaman berkenaan adalah di atas tanggungjawab saya sendiri dan tiada kaitan dengan HRPB.

Tandatangan Pesakit / Pemberi Izin:

Nama:

Tarikh:

Hubungan Dengan Pesakit (atau Diri Sendiri):

Pemohon Keizinan:

Nama:

No KP:

Unit / Jabatan (sekiranya agensi luar, sila nyatakan):

Tarikh: