



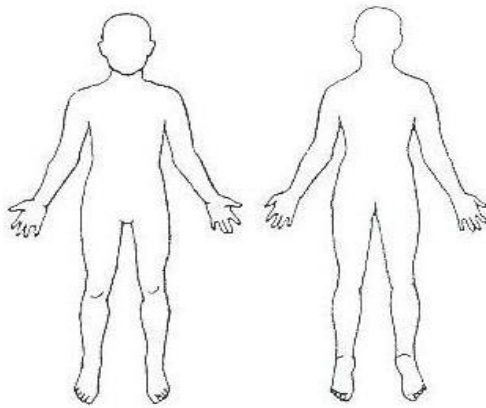
HOSPITAL _____

BORANG KEIZINAN FOTOGRAFI/MULTIMEDIA

PER/PHOTO/2016

Nama pesakit : _____
No. KP/ID : _____
MRN : _____

Ditandakan dalam gambarajah di bawah, bahagian badan yang akan dirakam imejnya (jika berkenaan):



Depan

Belakang

Bahagian badan dalam perkataan:

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____
- (4) _____
- (5) _____

Saya, *pesakit sendiri/ibu/bapa/penjaga/suami/isteri/saudara kepada pesakit yang namanya tertera di atas, dengan ini bersetuju dan memberi keizinan untuk *fotografi/rakaman multimedia diambil ke atas *saya/pesakit, seperti yang ditandakan di atas, bagi tujuan diagnosa, perawatan, pembelajaran, akademik dan penyelidikan sahaja. Rakaman ini tidak akan diterbitkan bagi tujuan komersial atau peribadi. Walau bagaimanapun, saya bersetuju dan memberi kebenaran untuk rakaman ini digunakan bagi promosi kesihatan atau pembelajaran. Saya difahamkan bahawa kerahsiaan dan kehormatan diri *saya/pesakit akan dilindungi sebaik mungkin.

Tandatangan *pesakit/pemberi izin : _____
Nama pemberi izin : _____
Hubungan dengan pesakit: _____
No. KP/ID pemberi izin : _____
Tarikh : _____

Penterjemah (jika ada):

Tandatangan : _____
Nama : _____
No. KP/ID : _____
Tarikh : _____
Bahasa yang digunakan: _____

Pemohon:

Tandatangan : _____
Nama : _____
Jawatan : _____
No. KP/ID : _____
Tarikh : _____

Saksi:

Tandatangan : _____
Nama : _____
Jawatan : _____
No. KP/ID : _____
Tarikh : _____