



CONSENT FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION (MEDICAL REPORT)

Notes:

1. This form must be fully completed and signed by the patient. If the patient is below 18 years old, the form should be signed by patient's parent or legal guardian.
2. If the patient is deceased or unable to give consent, consent is required from the appointed executor of the estate. The consent form must be completely filled up and a copy of patient's death certificate is required.
3. Photocopies of relevant documents (e.g. birth certificate, marriage certificate and letters of administration) are to be attached as proof of relationship to patient if applicable.
4. Patient has to enclose a photocopy of own NRIC (front & back view) if submitting via mail, fax or Email.
5. The release of the medical information is subject to official approval.

PATIENT'S PARTICULARS

Given Name (As in *NRIC/Passport): _____

NRIC: _____ Contact No: _____

Mailing Address: _____

REQUEST

I, _____ of NRIC No. _____

Hereby authorize KPJ DAMANSARA SPECIALIST HOSPITAL to furnish and release the medical report for the person as stated below:

On: Myself My dependent (Please specify Relationship) _____

To: Name of Company or Person: _____

Address of Company or Person or via Email

Purpose: Continuity of Care Legal Proceedings Second Opinion
 Insurance Claims Others (Please specify): _____

Remarks: _____

I will collect the report myself Send to email address: _____

send to Name of Company / Address : _____

The report can be sent without me reviewing the contents I will review the report

Besides the medical report fee, I undertake to pay any additional charges that may be incurred in the preparation of the report. I am also aware that there will be a cancellation charge should I decide to cancel this request.

SIGNED CONSENT

I hereby declare and confirm that the information given above is accurate and true to the best of my knowledge and belief, and that the requisite information / Medical Report is required for the purpose stated above. I understand that I maybe liable for prosecution for making a false declaration. Further, I confirmed that I shall not hold the Hospital or any of its employee, servants or agents responsible in any way whatsoever for the release the said information/medical report to any party by me in the event of any loss or damage arising directly or indirectly, as a result or in connection with the release of such confidentiality information/medical report. By reason of aforesaid, I undertake full responsibility and liability arising from the release of the requisite information/medical report.

Signature of Patient/Parent/Next of Kin

Signature of Witness

Name: _____

Name: _____

NRIC: _____

NRIC: _____

Relation to patient: _____

Relation to patient: _____

Date: _____

Date: _____



KEBENARAN UNTUK MEMBERI MAKLUMAT PERUBATAN (LAPORAN PERUBATAN)

Nota:

1. Borang ini hendaklah dilengkapkan sepenuhnya dan ditandatangani oleh pesakit. Bagi pesakit di bawah 18 tahun, borang ini hendaklah ditandatangani oleh ibu bapa pesakit atau penjaga yang sah.
2. Jika pesakit telah meninggal dunia atau tidak dapat memberikan persetujuan, keizinan diperlukan daripada wasiat atau pentadbir yang telah dilantik seperti dalam estet. Borang kebenaran hendaklah dilengkapkan sepenuhnya dan lampiran salinan sijil kematian pesakit diperlukan.
3. Salinan dokumen yang berkaitan (seperti sijil kelahiran, sijil perkahwinan dan surat kuasa mentadbir) perlu dilampirkan sebagai bukti hubungan dengan pesakit jika berkenaan.
4. Pesakit perlu lampirkan salinan Kad Pengenalan sendiri (depan & belakang) jika mengemukakan melalui surat, faks atau Email.
5. Pelepasan maklumat / laporan perubatan adalah tertakluk kepada kelulusan rasmi.

MAKLUMAT PESAKIT

Nama (Seperti dalam * Kad Pengenalan / Pasport) : _____

No. Kad Pengenalan : _____ No Tel.: _____

Alamat surat menyurat : _____

PERMINTAAN

Saya, _____ No.Kad.Pengenalan _____

Dengan ini memberi kuasa kepada HOSPITAL PAKAR KPJ DAMANSARA memberi maklumat perubatan kepada yang berikut:

Untuk: Diri saya Waris (Sila nyatakan Hubungan) _____

Kepada: Nama Syarikat atau Orang: _____

Alamat Syarikat atau Orang atau melalui Email

Tujuan : Perubatan Prosiding undang-undang Pendapat kedua
 Tuntutan insuran Lain-lain (Sila nyatakan) : _____

Catatan : _____

Saya akan mengambil sendiri laporan tersebut Email ke alamat berikut _____
 Hantar ke organisasi berikut / Alamat _____

Laporan ini boleh dihantar tanpa semakan Saya perlu menyemak laporan ini terlebih dahulu

Selain daripada yuran laporan perubatan, saya akan membayar bayaran tambahan lain yang mungkin ada ketika menyediakan laporan tersebut dan saya juga maklum bahawa akan ada caj pembatalan sekiranya saya membuat keputusan untuk membatalkan permohonan ini.

KEBENARAN TANDATANGAN

Saya dengan ini mengaku dan mengesahkan bahawa maklumat yang diberikan di atas adalah tepat dan benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya, bagi maklumat / Laporan perubatan yang diperlukan untuk tujuan yang dinyatakan di atas. Saya faham bahawa saya boleh di dakwa kerana membuat pengisytiharan palsu. Dan, saya juga mengesahkan bahawa saya tidak akan mempertanggungjawabkan pihak Hospital atau mana-mana pekerjaannya, pembantu atau agen kerana memberi maklumat / laporan perubatan kepada mana-mana pihak sekiranya berlaku apa-apa kerugian atau kerosakan yang timbul secara langsung di secara tidak langsung, akibat atau berkaitan dengan pemberian maklumat / laporan perubatan tersebut. Oleh sebab yang tersebut di atas, saya mengambil tanggungjawab penuh dan liabiliti yang timbul daripada pemberian maklumat / laporan perubatan yang diperlukan.

Tandatangan pesakit / ibubapa/ waris

Nama: _____

No. Kad Pengenalan : _____

Hubungan dengan pesakit: _____

Tarikh: _____

Tandatangan Saksi

Nama: _____

No Kad Pengenalan: _____

Hubungan dengan pesakit : _____

Tarikh: _____