



**KLINIK PERGIGIAN  
PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI  
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA**

**KEIZINAN PEMBEDAHAN**

Saya ..... No Matrik / No Staf / Kad Pengenalan .....

Beralamat .....dengan ini  
memberi keizinan

- Untuk menjalani pembedahan/ rawatan.....
- Menyerahkan anak / jagaan saya .....  
untuk menjalankan pembedahan/ rawatan.....  
yang keadaann dan tujuannya telah diterangkan kepada saya oleh Dr.....

Saya juga memberi izin untuk sebarang langkah pembedahan/ rawatan selanjutnya atau yang lain sebagaimana yang didapati perlu bagi pembedahan/ rawatan tersebut di atas dan memberi bius umum biasa, pelali bahagian tempat atau lain-lain bagi apa jua untuk tujuan ini.

Tidak ada jaminan yang telah diberi kepada saya bahawa pembedahan/ rawatan itu akan dijalankan oleh mana – mana Pengamal Perubatan / Pergigian yang tertentu ataupun perkhidmatan rawatan bius itu akan dilaksanakan oleh mana – mana Pengamal Bius tertentu.

Tarikh: .....

Tandatangan .....  
(Pesakit / Ibu Bapa / Penjaga)

Saya mengakui bahawa saya telah menerangkan tujuan dan kesan dari pembedahan/ rawatan ini kepada Pesakit / Penjaga.

Tarikh: .....

Tandatangan .....  
(Pegawai Pergigian)