



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

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

Dengan ini memberi keizinan

- Untuk menjalani rawatan/ pembedahan.....
- Menyerahkan anak/ jagaan saya
 untuk menjalani rawatan/ pembedahan.....

Yang maklumat/ tatacara, tujuan, sebab, akibat dan risikonya telah diterangkan kepada saya oleh Dr.....

Saya mengaku bahawa saya telah berumur lebih daripada 18 tahun.

Saya bersetuju dan memahami sepenuhnya akan penerangan yang diberikan kepada saya berkaitan dengan maklumat/ tatacara, tujuan,sebab, akibat dan risiko rawatan/ pembedahan dan tiada sebarang jaminan hasil daripada rawatan/ pembedahan ini diberikan.

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

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

Tandatangan:
 *(Pesakit/Ibu/ Bapa/ Penjaga)
 Hubungan:
 Tarikh:

Peringatan:

- Jika seseorang itu memberi keizinan sebagai seorang penjaga, hendaklah dinyatakan dengan jelas hubungan/ tali persaudaraan di bawah tandatangan

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah menerangkan maklumat/ tatacara, tujuan, sebab, akibat dan risiko rawatan/ pembedahan yang akan dilaksanakan ini kepada *Pesakit/ Ibu/ Bapa/ Penjaga secara terperinci. Sebarang pertanyaan yang diajukan telah saya jawab dalam bahasa yang mudah difahami oleh pesakit.

Tarikh: Tandatangan:
 Cop: