



**OPERASI PERKHIDMATAN SOKONGAN
PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI**

**SURAT AKUAN MENERIMA RISIKO KESIHATAN ATAS
KEMAHUAN PESAKIT SENDIRI**

Saya, _____ No. Kad Pengenalan: _____

adalah pesakit / suami / isteri / ibu bapa / penjaga / keluarga terdekat kepada pesakit bernama _____.

Dengan ini mengaku bahawa saya telah diberikan penerangan yang jelas oleh pegawai perubatan berkaitan cadangan rawatan yang sepatutnya dijalani oleh pesakit, termasuk:

- Rujukan ke hospital
- Ujian darah
- Prosedur/rawatan perubatan lain yang berkaitan

Walau bagaimanapun, saya memilih untuk tidak bersetuju menerima cadangan rawatan tersebut atas kemahuan sendiri.

Saya memahami bahawa tindakan ini adalah bertentangan dengan nasihat pegawai perubatan dan saya telah dimaklumkan mengenai risiko-risiko yang mungkin berlaku akibat keputusan tersebut.

Saya juga bersetuju dan mengaku akan bertanggungjawab sepenuhnya terhadap sebarang komplikasi, kemerosotan kesihatan atau perkara-perkara lain yang mungkin timbul akibat tindakan saya ini.

Tandatangan Pesakit / Wakil

Saksi

Tandatangan : _____

Tandatangan : _____

Nama : _____

Nama : _____

No. Kad Pengenalan : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Tarikh : _____

Jawatan/Pekerjaan : _____

Tarikh : _____

Pegawai Perubatan

Tandatangan : _____

Nama : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Tarikh : _____

* Potong yang tidak berkenaan.