



**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 AMPANG PUTERI 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 / Person: \_\_\_\_\_

Address of:  Company  Or Person  Or via email

Purpose:  Continuity of Care  Legal Proceedings  Second Opinion  
 Insurance Claims  Others (Please Specify): \_\_\_\_\_

Remarks: \_\_\_\_\_

***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.***

**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 may be 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. By any 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: \_\_\_\_\_



**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 ibu bapa pesakit atau penjaga yang sah.
2. Jika pesakit telah meninggal dunia atau tidak dapat memberikan persetujuan, keizinan diperlukan daripada wasi 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 pentadbir) perlu dilampirkan sebagai bukti hubungan dengan pesakit jika berkenaan.
4. Pesakit perlu lampirkan Salinan Kad Pengenalan sendiri (depan & belakang) jika mengemukakan permohonan melalui surat, faks atau email.
5. Pelepasan maklumat / laporan perubatan adalah tertakluk kepada kelulusan rasmi.

**MAKLUMAT PESAKIT**

Nama (Seperti dalam \*Kad Pengenalan/Passport): \_\_\_\_\_  
 No. Kad Pengenalan: \_\_\_\_\_ No. Tel: \_\_\_\_\_  
 Alamat surat menyurat: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PERMOHONAN**

Saya, \_\_\_\_\_ No. Kad Pengenalan \_\_\_\_\_

Dengan ini memberi kuasa kepada KPJ AMPANG PUTERI SPECIALIST HOSPITAL untuk memberi maklumat perubatan kepada yang berikut:

Untuk:  Diri saya  Waris (Sila nyatakan hubungan) \_\_\_\_\_

Kepada: Nama Syarikat / Individu: \_\_\_\_\_

Alamat:  Syarikat  Atau Individu  Atau melalui email

Tujuan:  Perubatan  Prosiding Undang-undang  Pendapat Kedua  
 Tuntutan Insuran  Lain-lain (Sila nyatakan): \_\_\_\_\_

Catatan: \_\_\_\_\_

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

**KEBENARAN**

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 dan 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 / Ibu Bapa / Waris

Nama: \_\_\_\_\_  
 Kad Pengenalan: \_\_\_\_\_  
 Hubungan dengan pesakit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tandatangan Saksi

Nama: \_\_\_\_\_  
 Kad Pengenalan: \_\_\_\_\_  
 Hubungan dengan pesakit: \_\_\_\_\_