



HOSPITAL ENCHE' BESAR HAJJAH KHALSOM, KLUANG JOHOR

BORANG KEIZINAN FOTOGRAFI/MULTIMEDIA

PER/PHOTO/2016

Nama pesakit

No. KP/ID

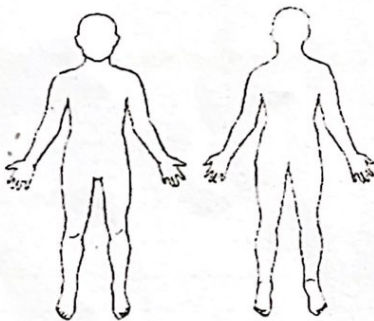
MRN

B/O Yuli Supinah

02755352/11

057887

Ditandakan dalam gambarajah di bawah, bahagian badan yang akan dirakam imejnya (jika berkenaan):



Depan

Belakang

Bahagian badan dalam perkataan:

- (1) whole body
- (2)
- (3)
- (4)
- (5)

Saya, *pesakit sendiri/ibu/bapa/penjaga/suami/isteri/saudara kepada pesakit yang namanya tertera di atas, dengan ini bersetuju dan memberi keizinan untuk *fotografi/rakaman multimedia diambil ke atas *saya/pesakit, seperti yang ditandakan di atas, bagi tujuan diagnosa, perawatan, pembelajaran, akademik dan penyelidikan sahaja. Rakaman ini tidak akan diterbitkan bagi tujuan komersial atau peribadi. Walau bagaimanapun, saya bersetuju dan memberi kebenaran untuk rakaman ini digunakan bagi promosi kesihatan atau pembelajaran. Saya difahamkan bahawa kerahsiaan dan kehormatan diri *saya/pesakit akan dilindungi sebaik mungkin.

Tandatangan *pesakit/pemberi izin:

Nama pemberi izin:

Hubungan dengan pesakit:

No. KP/ID pemberi izin:

Tarikh:

Yuli

Yuli Supinah

Ibu kandung

02755352

23/1/22

Penterjemah (jika ada):

Tandatangan:

Nama:

No. KP/ID:

Tarikh:

Bahasa yang digunakan:

Pemohon:

Tandatangan:

Nama:

Jawatan:

No. KP/ID:

Tarikh:

NUR FILZAH BINTI ALIAH

NUR FILZAH BINTI ALIAH

PEGAWAI DIETETIK

90424406-515X

23/1/22

Hospital Enche' Besar Hajjah Khalsom

Saksi:

Tandatangan:

Nama:

Jawatan:

No. KP/ID:

Tarikh:

*Potong yang tidak berkenaan

Kluang, Johor.

m/s 1/1