

NO RESIT :



HOSPITAL PAKAR
AL iSLAM
SPECIALIST HOSPITAL
Formerly known as KAMPONG DARU MEDICAL CENTRE
(Tel. No. 03-2693 107)

NO GILIRAN :

PROGRAM KHITAN 2018

PENDAFTARAN & KEIZINAN

NAMA PESERTA																
NO. K/P								-				-				

MAKLUMAT IBUBAPA / PENJAGA

NAMA																
HUBUNGAN																
NO. K/P								-				-				
ALAMAT																
NO. TELEFON																

PERAKUAN & KEIZINAN IBUBAPA / PENJAGA

Saya No. Kad Pengenalan dengan ini
(*Nama Ibubapa / Penjaga*)
mengizinkan Prosedur Berkhitan di bawah pemberian anestesia setempat dilakukan ke atas anak jagaan saya, yang mana sifat dan komplikasi yang mungkin berlaku berkaitan
(*Nama Peserta*)
dengan Prosedur Berkhitan tersebut telah diterangkan kepada saya oleh Dr.
(*Doktor yang merawat*)

Tiada jaminan diberikan kepada saya bahawa Prosedur Berkhitan itu akan dilakukan atau diberikan khas oleh mana-mana doktor.

Tarikh :- Tandatangan / Cop jari
(*Ibubapa / Penjaga*)

DI HADAPAN

Nama :- } Tandatangan :-
No. Kad Pengenalan :- } (*Saksi*)

*****%*****
Saya sahkan bahawa saya telah menerangkan kepada ibubapa / penjaga seperti nama di atas tentang sifat dan komplikasi yang mungkin berlaku berkaitan dengan Prosedur Berkhitan tersebut.

Tarikh :- Nama / Tandatangan
(*Doktor yang merawat*)

Sekiranya peserta mengalami sebarang komplikasi dalam tempoh 24jam selepas berkhitan, peserta boleh dirujuk terus ke **Hospital Pakar Al-Islam** untuk rawatan selanjutnya di **No 85, Jalan Raja Abdullah, Kg Baru 50300 KL**