

BORANG PEMINJAMAN PERALATAN PERUBATAN
HOSPITAL PENGAJAR UNIVERSITI SULTAN ZAINAL ABIDIN

MAKLUMAT PELANGGAN	
Nama Penuh :	
No. KP:	No. MRN:
Umur:	Diagnosis:
Taraf Perkahwinan:	Jantina:
Alamat Rumah:	
No. Telefon:	Pekerjaan:
Wad/ Klinik/ Unit:	
Peralatan Perubatan Yang Dipinjam:	

PENGESAHAN PERMOHONAN (Sila potong yang mana tidak berkenaan)	
Adalah saya No. Kad Pengenalan..... merupakan kepada penama / pesakit di atas mengakui bahawa maklumat keterangan yang diberikan adalah benar dan:	
i. Membenarkan / Tidak membenarkan pihak HPUniZA dan penyumbang peralatan perubatan menggunakan maklumat pesakit untuk tujuan kajian, ilmiah, lawatan ke rumah pesakit dan promosi; ii. Akan bertanggungjawab sepenuhnya terhadap peralatan perubatan yang dipinjam dan mematuhi keputusan pihak Unit Kerja Sosial Perubatan mengenai sebarang tuntutan bagi kerosakan peralatan perubatan sekiranya ada; iii. Bersetuju dan faham dengan segala syarat peminjaman peralatan perubatan dari pihak Unit Kerja Sosial Perubatan HPUniZA.	
Tandatangan: 	Tarikh:

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA			
No. Fail Pesakit		Tarikh pinjaman	
No. Siri Peralatan		Tarikh pemulangan	
Jenis Peralatan			
Keterangan Pegawai Kes:			

*Sila sertakan SATU salinan kad pengenalan pesakit/wakil yang menerima pinjaman peralatan perubatan.

REKOD PEMULANGAN PERALATAN PERUBATAN (UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA)			
Nama Pesakit/ Wakil/		Tarikh Pemulangan	
No. KP		No. Telefon	
Peralatan Perubatan Yang Dipulangkan:			
Keterangan Pegawai Kes:			
<i>Saya dengan ini mengakui telah menerima peralatan perubatan seperti yang telah dinyatakan di atas dan telah mengambil tindakan penerimaan yang sepatutnya.</i>			
Tandatangan Pegawai Kes: Nama : Cop Rasmi : Tarikh :		Tandatangan Pesakit/Wakil: Nama : Tarikh :	

**Sila sertakan SATU salinan kad pengenalan pesakit/wakil yang menerima pinjaman peralatan perubatan.*