



BORANG PENDAFTARAN PESAKIT

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | SINAR HAEMODIALYSIS SDN BHD (MELAKA) | <input type="checkbox"/> | SINAR HAEMODIALYSIS SDN BHD (CAW BP) |
| <input type="checkbox"/> | SINAR HAEMODIALYSIS SDN BHD (MAIJ) | <input type="checkbox"/> | SINAR HAEMODIALYSIS (BATU PAHAT) SDN BHD |
| <input type="checkbox"/> | SINAR HAEMODIALYSIS SDN BHD (ALOR GAJAH) | <input type="checkbox"/> | SINAR HAEMODIALYSIS SDN BHD (JASIN, MELAKA) |

- (1) NAMA PESAKIT :
- NO. K/P :
- ALAMAT :
- NO.TEL. (R/HP) :
- MASIH BEKERJA/ BERPENCEN :
- (2) NAMA WARIS TERDEKAT :
- HUBUNGAN DENGAN PESAKIT :
- ALAMAT :
- NO.TEL :
- (3) PEMBIAYAAAAN PERUBATAN :
- NAMA :
- ALAMAT :
- NO.TEL :
- TARIKH MULA RAWATAN :
- JADUAL RAWATAN :

- Saya seperti penama (1/2/3) diatas bersetuju untuk menerima rawatan dan prosedur oleh doktor dan mana-mana jururawat terlatih dan telah dimaklumkan tentang potensi risiko dan kelebihan bagi pihak (sendiri/ibu/suami/isteri/anak) di SSINAR HAEMODIALYSIS SDN. BHD.
- Saya juga bersedia menerima prosedur pentadbiran yang telah ditetapkan dan semua tuntutan bayaran bagi kos-kos rawatan.
SAYA.....K/P.....bersedia membayar setiap kos dan jumlah tunggakan yang diperlukan dan bersedia dikenakan tindakan sekiranya ingkar.

Yang Menurut Perintah

DISAHKAN OLEH,
SINAR HAEMODIALYSIS SDN BHD

.....
()
TARIKH:

.....
()
TARIKH: