

MAKLUMAT PESAKIT
(Sila Lekatkan Label)

PERSETUJUAN TENTANG PEMAHAMAN RISIKO JANGKITAN COVID-19

Saya memahami dan bersetuju sepenuhnya bahawa:

- INSTITUT JANTUNG NEGARA SDN BHD ("IJN")** telah mematuhi sepenuhnya semua peraturan dan garis panduan yang diberikan oleh Kerajaan Malaysia berkaitan dengan Pandemik Coronavirus-19. Sebagai tambahan, semua kakitangan klinikal IJN telah diberi vaksin sepenuhnya.
- Walaupun setiap langkah telah diambil oleh IJN untuk mengelakkan risiko jangkitan kepada pesakit, pelawat dan kakitangannya, masih terdapat risiko kepada saya dan pengiring saya mendapat jangkitan Coronavirus-19.

Berdasarkan perkara di atas, saya berjanji untuk tidak membuat sebarang tuntutan dan / atau meneruskan tuntutan terhadap IJN atas kerugian, kos, liabiliti, penderitaan atau kerosakan sekiranya saya atau pengiring saya mendapat jangkitan Coronavirus-19.

Saya seterusnya mengesahkan bahawa perkara di atas telah dijelaskan kepada saya oleh IJN dan saya memahami sepenuhnya sifat dan akibatnya dan saya menandatangani borang ini tanpa sebarang paksaan.

*** Potong yang mana tidak berkenaan**

*PESAKIT/ IBUBAPA/ SUAMI@ISTERI / WARIS/ PENJAGA	KAKITANGAN IJN
Tandatangan: _____ Nama: _____ Hubungan dengan Pesakit: _____ Nombor Kad Pengenalan: _____ Tarikh: _____	Tandatangan: _____ Nama: _____ Jawatan: _____ Tarikh: _____