

BORANG C
LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN
REPORT OF HEALTH EXAMINATION

BPP – 03(Pin.13/032019)

Bahagian 7
Part 7

PERAKUAN KEBENARAN BIUS (ANAESTHESIA) DAN PEMBEDAHAN
AUTHORISATION FOR ANAESTHESIA AND SURGICAL PROCEDURE

Untuk calon berumur bawah 18 Tahun sahaja
For candidate below 18 years old only

Pegawai Perubatan

Medical Officer

UNIVERSITI TEKNOLOGI MARA

Saya _____

Nombor Kad Pengenalan _____ bapa/lbu/penjaga kepada

(Nama Calon) _____

Nombor Kad Pengenalan _____

Dengan ini memberi kuasa kepada tuan untuk menandatangani kebenaran bagi pihak saya, jika pada pandangan doktor yang calon ini memerlukan rawatan bius (anesthesia) atau/dan pembedahan, sedangkan saya tidak dapat hadir pada masa yang diperlukan.

Hereby authorize the medical officer to sign on my behalf for anaesthesia or carry out a surgical procedure on the applicant in my absence in the event of an emergency as confirmed by the attending doctor, when required.

Saya tidak akan mendakwa atau mengambil sebarang tindakan terhadap UiTM jika berlaku sebarang kemungkinan yang timbul daripada prosedur tersebut.

I will absolve the UiTM of any claims or responsibilities from any unfavourable consequences which may arise from the said procedure.

Nama Bapa/Ibu/Penjaga

Name of Father/Mother/Guardian

Alamat

Address

Yang benar

Yours Faithfully

Tandatangan Bapa/Ibu/Penjaga

Signature of Father/Mother/Guardian

Nombor Telefon: _____

Telefon No :

Tarikh : _____

Date :