

83  
291  
Saya telah membaca/ dibacakan tentang maklumat vaksin COVID-19 serta tujuan dan kaedah pemberian suntikan vaksin tersebut seperti mana di helaian Maklumat Vaksin COVID-19 bagi Penerima Vaksin.

Dengan ini, saya memahami bahawa:

1. pengambilan vaksin COVID-19 ini mungkin akan menimbulkan reaksi serta kesan sampingan seperti yang dinyatakan di dalam maklumat vaksin;
2. saya bertanggungjawab ke atas risiko yang mungkin berlaku akibat keputusan / tindakan saya ini kerana manfaat vaksin adalah jauh lebih baik daripada kesan sampingannya;
3. vaksin ini tidak memberi jaminan sepenuhnya kepada saya daripada tidak mendapat jangkitan COVID-19 pada masa akan datang;
4. dengan menandatangani persetujuan menerima vaksin COVID-19 ini, saya bersetuju dengan rela hati untuk melengkapkan jumlah pengambilan dos vaksin seperti yang dijadualkan.

Sila lengkapkan persetujuan di bawah (yang mana berkaitan):

☒ Saya, Mohd Khairul Haniff No.K.P/Polis/Tentera.....830509-14-621  
**\*BERSETUJU / TIDAK BERSETUJU** mendapatkan suntikan Vaksin COVID-19  
**COMIRNATY** untuk \*diri saya.

☒ Saya, ..... No.K.P/Polis/Tentera.....  
**\*BERSETUJU / TIDAK BERSETUJU** mendapatkan suntikan Vaksin COVID-19  
..... untuk \*ibu bapa / \*orang di bawah jagaan saya bernama  
..... No. K.P/ Polis/ Tentera  
.....

Tandatangan penerima / waris

Tandatangan Saksi

Nama : Mohd Khairul Haniff  
No. Kad : 830509-14-621  
Pengenalan : 2/3/2022  
Tarikh : 2/3/2022

Nama : DR TENGKU WOOK ZAUWIAH  
No.Kad : MMC:23676  
Pengenalan : 561111-11-5178  
Tarikh : 2/3/22  
Pegawai Perubatan  
Kajang Plaza Medical Centre

\*potong yang tidak berkenaan

Nota penting: Rujuk maklumat lanjut mengenai Vaksin COVID-19 di helaian Maklumat Vaksin COVID-19 bagi Penerima Vaksin.

Terima kasih atas kerjasama yang diberi. Sila kembalikan borang ini kepada pihak klinik.

devercel - CR