



KEIZINAN MENGUMPUL DAN MEMPROSES DATA
PERIBADI

NAMA PESAKIT	:	_____
NO. KAD PENGENALAN/ NO PASPORT	:	_____

Saya adalah *pesakit/waris kepada pesakit mengaku segala maklumat yang diberi adalah benar dan tepat.

Saya juga bersetuju untuk membenarkan pengamal perubatan dan staf PPUM dan mana-mana pihak ketiga yang terlibat dalam rawatan dan penjagaan pesakit, untuk mengakses dan memproses Data Peribadi tersebut di atas mengikut Notis Privasi PPUM, polisi dalaman, praktis dan undang-undang yang berkaitan. Saya faham bahawa persetujuan ini adalah untuk semua kehadiran dan kemasukan wad dan sah sehingga keizinan tersebut ditarik balik.

Tandatangan : _____

*Nama Pesakit/Waris : _____

No Kad Pengenalan/Pasport : _____

Hubungan dengan pesakit : _____

Tarikh: _____

****Potong yang tidak berkenaan***





CONSENT TO COLLECT AND PROCESS
PERSONAL DATA

NAME OF PATIENT : _____
IDENTITY CARD / : _____
PASSPORT NUMBER : _____

I am the patient/ responsible relative or guardian to the patient, hereby declare that all information given is true and accurate.

I also consent to allow doctors and staff of UMMC and any third parties who are involved in my treatment and care, to access and process my/patient Personal Data in accordance with UMMC Privacy Notice, internal policies, practices and relevant laws. I understand that this consent is for all visits and admissions and will be good until the consent is withdrawn.

Signature : _____

*Name of patient/responsible relative or guardian : _____

Identity card/Passport number : _____

Relationship to patient : _____

Date: _____

****Strike out where not applicable***

Sticker