

**KEIZINAN FOTOGRAFI / RAKAMAN MULTIMEDIA**

Nama Pesakit ..... Ibu Bapa / Penjaga / Proksi (jika berkenaan)

No. MRN : ..... Nama : .....

No. KP / Pasport: ..... No. KP / Pasport: .....

**Perincian mengenai penemuan atau perkara yang dirakam (Sila sertakan (i) maklumat terperinci seperti tarikh, masa dan tempat penemuan atau perincian mengenai perkara yang dirakam, dan (ii) peranti rakaman/tempat penyimpanan)**

.....  
.....

**Tujuan rakaman (tandakan yang berkenaan)**

- Rekod perubatan     Rawatan dan siasatan     Penerbitan dalam media cetak dan elektronik  
 Medico-legal     Pengajaran, latihan dan penyelidikan     Lain-lain: .....

**Saya mengesahkan bahawa saya telah diberi penjelasan dan saya bersetuju:**

- bahawa gambar dan/atau rakaman multimedia seperti yang diperincikan boleh dibuat dan digunakan untuk tujuan di atas.  
 bahawa hospital mestilah melindungi semua maklumat sulit berhubung gambar dan / atau rakaman multimedia tersebut, dan memastikan identiti saya / pesakit serta kehormatannya dilindungi sebaik mungkin.  
 berkenaan durasi gambar dan / atau rakaman multimedia tersebut akan disimpan dan pihak yang mempunyai akses kepadanya.  
 bahawa sekiranya saya bersetuju untuk rakaman berkenaan dibuat bagi tujuan penerbitan dalam media cetak dan elektronik, saya / pesakit tidak dapat menarik balik keizinan untuk kegunaan yang selanjutnya.  
 bahawa kualiti penjagaan yang diberikan kepada saya / pesakit tidak akan terjejas berikutan rakaman tersebut, dan saya boleh menarik balik keizinan semasa atau sejurus selepas rakaman.

**Pesakit / penjaga / proksi**

Tandatangan: .....

Nama: .....

Hubungan (jika berkenaan): .....

**Saksi**

Tandatangan : .....

Nama : .....

Tarikh : .....

**Kenyataan doktor**

Saya telah menerangkan semua perkara di atas (yang mana berkenaan) kepada pesakit / penjaga dan saya telah menjawab semua soalan dan pertanyaan berkaitan keizinan ini.

Tandatangan doktor .....

Tarikh .....

.....

Nama / cop rasmi

**Kenyataan jurubahasa**

Saya telah menterjemahkan maklumat di atas kepada pesakit sebaik mungkin dalam bahasa..... dan dengan cara yang saya percaya difahami olehnya.

Tandatangan .....

Tarikh .....

.....

Nama / cop rasmi