



PENANG
INTERNATIONAL
Dental College

**REKOD PESAKIT
PATIENT RECORD**

DEPARTMENT OF PEDIATRIC DENTISTRY

Penang International Dental College,
18th-21st floor NB Tower,
5050, Jalan Bagan Luar,
12000 Butterworth, Malaysia.

No Kad RP / PR No:

No Telefon / Contact no.

Nama / Name:

Umur / Age:

Jantina / Gender:

Tarikh / Date:

Pekerjaan / Occupation:

No. K/P/No. Passport/ IC / Passport No:

Alamat / Address:

Warganegara / Nationality:

Emergency Contact Name and H/P No:

MAKLUMAT PENGAKUAN / INFORMED CONSENT

Soalan-soalan berkenaan kesihatan / Questionnaire for general health

Adakah anak anda menghidapi apa – apa masalah kesihatan?

Does your child have any general health problems?

Ya/ Yes

Tidak/ No

Adakah anak anda di bawah penjagaan pakar perubatan?

Is your child under the care of physician?

Ya/ Yes

Tidak/ No

Adakah anak anda pernah mendapat rawatan di wad hospital?

Has your child ever been hospitalized?

Ya/ Yes

Tidak/ No

Pernahkah anak anda menghidapi penyakit berjangkit?

Does your child have any infectious/ contagious disease?

Ya/ Yes

Tidak/ No

Adakah anak anda alah kepada sebarang ubat?

Is your child allergic to any medications?

Ya/ Yes

Tidak/ No

Adakah anak anda pernah menjalani sebarang pembedahan sebelum ini?

Has your child undergone any surgery recently?

Ya/ Yes

Tidak/ No

Adakah anak anda sedang mengambil ubat untuk sebarang penyakit?

Is your child on medication for any illness?

Ya/ Yes

Tidak/ No

Saya _____ dengan ini bersetuju untuk menjalani rawatan atas kerelaan saya (nama) _____ Dengan ini _____ (persaudaraan)

bersetuju untuk membenarkan pesakit menjalani rawatan yang diberikan oleh Penang International Dental College dibawah penyeliaan pakar-pakar yang bertauliah. Sebarang risiko yang bakal dihadapi ketika menjalani rawatan telah diterangkan sepenuhnya kepada saya dan saya bersetuju untuk bertanggungjawab sepenuhnya serta tidak akan menyalahkan pihak Penang International Dental College jika terdapat sebarang masalah. Saya difahamkan bahawa sebarang makluman klinikal seperti gambar / radiograf / model boleh digunakan bagi tujuan akademik sekiranya perlu.

I _____ hereby give my consent for treatment procedures to be done in the interest of _____ who is my _____ (relation). I am willing to accept the treatment advocated by Penang International Dental College under supervision of the qualified dental specialists. The risk associated with the treatment procedures has been fully explained to me and I accept complete responsibility and exonerate Penang International Dental College, in case of any complications there of. I understand that any clinical information such as photographs / radiographs / models may be used for academic purpose.

Tandatangan Pesakit/ Ibu Bapa/ Penjaga
Signature of the Patient/ Parent / Guardian

Disaksi oleh
Witnessed by

Tarikh
Date