



BORANG EKSPRES PERMOHONAN KEMASKINI KESILAPAN EJAAN HURUF DAN KETIDAKLENGKAPAN NAMA PENUH PESAKIT DI DALAM PROFDOC HIS

ARAHAN:

1. Sila isi borang ini dengan menggunakan pen **HITAM / BIRU**.
2. Sila gunakan borang ini untuk kemaskini kesilapan dan ketidaklengkapan ejaan nama penuh pesakit di dalam HIS sahaja.
3. Sila isi maklumat di dalam borang permohonan ini dengan **LENGKAP** dan **TEPAT**.
4. Borang ini boleh diisi oleh semua pesakit dan kakitangan di Hospital Bintulu sahaja.
5. Sila kemukakan **DOKUMEN ASAL** kepada Petugas Kaunter Jabatan Rekod Perubatan atau pegawai yang diberi kebenaran.

BAHAGIAN A: MAKLUMAT PESAKIT (WAJIB DIISI OLEH KAKITANGAN HOSPITAL BINTULU SAHAJA)

Kategori pesakit : Pesakit Dalam (*Inpatient*) Pesakit Luar (*Outpatient*)

MRN Pesakit : HBTU _____ **MyKid/ MyKad/ Pasport no. :** _____

Nama Penuh Pesakit: _____ **Jabatan/ Unit/ Wad/ Klinik :** _____

BAHAGIAN B: MAKLUMAT PESAKIT (WAJIB DIISI OLEH PESAKIT / WARIS)

I. JENIS KESILAPAN (*TANDAKAN <input checked="" type="checkbox"/>)	II. SILA NYATAKAN MAKLUMAT YANG <u>SALAH</u> DI DALAM HIS	III. SILA NYATAKAN MAKLUMAT YANG <u>BETUL</u> MENGIKUT DOKUMEN ASAL YANG DIKEMUKAKAN
NAMA PENUH PESAKIT (WAJIB DIISI OLEH PESAKIT / WARIS)		
<input type="checkbox"/>	Kesilapan ejaan huruf dalam nama pesakit	
<input type="checkbox"/>	Nama penuh pesakit tidak lengkap/ tertinggal sebahagian nama	

BAHAGIAN C: PERSETUJUAN PEMOHON (WAJIB DIISI OLEH PESAKIT / WARIS)

Saya, _____ (nama penuh pesakit / waris), dengan ini memohon pembetulan nama penuh saya sendiri atau waris saya seperti di **Bahagian B**.

Saya **bersetuju** bahawa **nama penuh pesakit dikemaskini** seperti yang tercatat dalam dokumen asal.

Saya memahami bahawa pembetulan ini dibuat berdasarkan **dokumen asal yang telah saya tunjukkan tanpa menyerahkan salinan** kepada pihak Hospital Bintulu.

Saya dengan ini juga **mengaku bahawa segala maklumat yang diisi serta dokumen yang dikemukakan adalah TEPAT dan BENAR** berdasarkan dokumen pengenalan diri asal saya atau waris saya sendiri.

BAHAGIAN D: PENGAKUAN DAN PENGESAHAN PEMOHON (WAJIB DIISI OLEH PESAKIT / WARIS)

Saya mengesahkan bahawa maklumat yang dinyatakan di muka surat satu (1) adalah maklumat peribadi rekod rawatan saya atau waris saya sendiri. Sebarang maklumat yang tidak benar boleh menyebabkan permohonan pertukaran saya DIBATALKAN.

Tandatangan Pesakit / Waris : _____
Nama Pesakit / Waris : _____
Hubungan Waris dengan Pesakit : _____
No. Kad Pengenalan/Pasport bagi Pesakit / Waris : _____
No. Telefon Pesakit / Waris yang terkini : _____
Tarikh : _____

Catatan: Pemohon dikehendaki untuk mengemukakan Sijil Kelahiran / MyKid / MyKad / Pasport / Pas Lawatan Sementara yang sah bagi setiap permohonan kemaskini maklumat pesakit di dalam Sistem HIS

BAHAGIAN E: UNTUK KEGUNAAN JABATAN REKOD PERUBATAN / PEGAWAI YANG TELAH DIBERI KEBENARAN

Tindakan oleh kakitangan yang diberi kebenaran untuk kemaskini maklumat pesakit

Jenis Dokumen yang dirujuk : MyKad MyKid Sijil Kelahiran Pasport Lain-lain: _____

Tindakan : Selesai Permohonan Ditolak (Sila nyatakan sebab): _____

Saya mengesahkan bahawa dokumen pengenalan diri asal telah ditunjukkan kepada saya untuk semakan, nama penuh pesakit yang dinyatakan di **muka surat satu (1)** adalah **tepat** mengikut dokumen yang dikemukakan. **Dokumen Pengenalan Diri Asal Pesakit telah ditunjukkan untuk semakan pegawai bertugas sahaja dan Tiada salinan dokumen ditinggalkan di kaunter pertukaran maklumat pesakit.**

Tandatangan Pegawai : _____
Nama Pegawai : _____
Cop Rasmi Jawatan : _____
Tarikh dan Jam kemaskini : _____

Jabatan Rekod Perubatan Hospital Bintulu berhak menolak permohonan yang dikemukakan sekiranya didapati maklumat yang diberikan adalah PALSU dan TIDAK TEPAT.