



PERMOHONAN MENGELUARKAN MAKLUMAT (CD/FILM)

HIM-PMR-H02

INSTITUT JANTUNG NEGARA
National Heart Institute

Pemohon: Pesakit Waris Doktor

BAHAGIAN A. MAKLUMAT PESAKIT

Nama:	No Telefon:
NRIC:	MRN Pesakit:

BAHAGIAN B. MAKLUMAT PEMOHON

Tujuan: Peribadi Insuran Mahkamah Pendapat kedua Rujuk ke hospital luar Lain-lain.....

No	Keterangan	Bayaran (RM)	Unit	(√)	
CD / Film					
1.	Angiogram / MSCT / X-ray	18 per keeping			
2.	ECHO	25 per keeping			
3.	Filem	20 per keeping			
Collection/Delivery Preference					
<input type="checkbox"/> Ambil di kaunter Medical Report		<input type="checkbox"/> Pos (Semenanjung) RM10	<input type="checkbox"/> Post (Sabah/Sarawak) RM16	<input type="checkbox"/> Pos (Antarabangsa) Tertakluk pada caj kurier	
				Jumlah	

Bahagian C. Maklumat Pengeposan

Alamat :

Poskod: Bandar:

Negeri

Bahagian D. Kebenaran dari Pesakit/Waris

AKTA PERLINDUNGAN DATA PERIBADI 2010

Akta Perlindungan Data Peribadi 2010 (kemudian dari ini dirujuk sebagai "Akta"), yang mengawal selia pemprosesan data peribadi dalam urus niaga komersil, terpakai untuk Institut Jantung Negara Sdn. Bhd. dan syarikat subsidiarinya (secara kolektif dirujuk sebagai 'kami'). Bagi tujuan Notis ini, istilah "data peribadi" dan "pemprosesan" mempunyai maksud yang sama seperti yang ditetapkan dalam Akta.

Notis dan Persetujuan Di Bawah Akta PDP 2010 – Perenggan No. 10

"10. Jika anda memberi kami data atau maklumat peribadi tentang orang lain, anda mesti mengesahkan terlebih dahulu bahawa orang itu telah melantik anda untuk bertindak bagi pihaknya, bersetuju untuk membenarkan data peribadinya diproses dan bersetuju untuk membenarkan anda menerima apa-apa notis perlindungan data bagi pihaknya. Kami mungkin meminta bantuan anda untuk mendapatkan persetujuan orang tersebut yang data peribadinya anda berikan kepada kami dan anda bersetuju untuk berbuat demikian. Anda hendaklah menanggung rugi kami jika kami mengalami apa-apa kerugian atau ganti rugi"

1. Dengan ini saya menyatakan dan mengesahkan bahawa maklumat yang diberikan di atas adalah tepat dan benar.
2. Saya bersetuju bahawa hanya nama wakil yang terdapat dalam surat kebenaran yang boleh menuntut laporan bagi pihak saya.
3. Dengan ini saya melepaskan Institut Jantung Negara (IJN) dan pegawainya dari segala kemungkinan tanggungjawab undang-undang yang timbul daripada kandungan ini.

Tandatangan & nama Pesakit/Waris, masa, tarikh:	<input type="checkbox"/> Persetujuan diberikan secara berasingan
-------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

Pengesahan Kebenaran

<input type="checkbox"/> Tidak Berkenaan <input type="checkbox"/> Pesakit/Waris sepadan dalam sistem <input type="checkbox"/> Telefon dan disahkan oleh Pesakit/Waris	Tandatangan & nama Staf, masa, tarikh Jika berkaitan):
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

Untuk Kegunaan Pentadbiran

Diakui benar oleh: (Tandatangan & nama Doktor, masa, tarikh)	Disediakan oleh: (Tandatangan & nama Staf Imaging/NCL/ICL, masa, tarikh)	Dikeluarkan oleh: (Tandatangan & nama Staf HIMS/Wad/O&E, masa, tarikh)
-----------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

Effective Date: 17 June 2021.

Institut Jantung Negara Sdn. Bhd. (245794-V) 145, Jalan Tun Razak, 50400 Kuala Lumpur, Malaysia

Tel +603 2617 8200

Website www.ijn.com.my