

**BORANG PERSETUJUAN PESAKIT/PENJAGA BAGI BEKALAN PERKHIDMATAN OLEH PEMBEKAL SWASTA**

**KLINIK PERGIGIAN :** .....

Nama Pesakit : .....

No. Kad Pengenalan Pesakit : .....

Jenis Perkhidmatan/  
Pembelian Aplants Pergigian : \*Korona/Jambatan/Implan/Dentur/Splin/Lain-lain  
(nyatakan).....

Nama & Alamat Pembekal Swasta : .....

No. Akaun Bank Pembekal Swasta : .....

Kos Bayaran Pembekal Swasta : RM.....

Dengan ini saya memahami bahawa:

**1. SYARAT-SYARAT KOS PERKHIDMATAN DAN PEMBAYARAN**

- 1.1 Bayaran seperti dinyatakan di atas perlu dijelaskan oleh saya sendiri mengikut harga yang disenaraikan atau setelah mendapat invoice daripada pihak pembekal swasta.
- 1.2 Saya bertanggungjawab untuk membuat penghantaran impresi kepada pembekal swasta dan kos penghantaran adalah di bawah tanggungan saya sendiri.
- 1.3 Sekiranya timbul sebarang masalah seperti berikut, iaitu:
  - a. Kerosakan semasa penghantaran; ATAU
  - b. Sebarang masalah lain yang menyebabkan prosedur terpaksa diulang, kos pembuatan semula dan penghantaran semula adalah di bawah tanggungan saya melainkan pembekal swasta memberikan waranti atau bersetuju untuk menanggung kos pembuatan semula dan/atau penghantaran semula.
- 1.4 Lain-lain bayaran perkhidmatan bagi klinik ini seperti caj pendaftaran dan rawatan perlu dibayar kepada pihak klinik sepertimana biasa bagi mana-mana klinik/hospital kerajaan mengikut caj yang telah ditetapkan. Resit pembayaran akan dikeluarkan dengan sertamerta.
- 1.5 Sekiranya terdapat masalah pada gigi yang dirawat seperti sakit, patah, perlu dicabut atau sebarang masalah lain yang timbul sebelum, semasa atau selepas aplants pergigian disimen atau dipasang, maka kos perkhidmatan/pembelian alat pergigian masih ditanggung oleh saya dan tiada pengembalian atau penggantian wang oleh pihak klinik atau pembekal swasta melainkan pembekal swasta memberikan waranti atau bersetuju untuk menanggung kos pembuatan semula dan/atau penghantaran semula.
- 1.6 Saya juga perlu menanggung kos tambahan jika berlaku kenaikan harga aplants pergigian disebabkan perkara-perkara yang tidak dapat dielakkan atau tidak dijangka.

[Peringatan: Pesakit perlu memberi perhatian kepada para 1.3, 1.4, 1.5 dan 1.6 kerana ia melibatkan keadaan di mana penambahan kos rawatan atau kerugian yang mungkin berlaku kepada pihak pesakit. Pihak klinik tidak bertanggungjawab ke atas sebarang kos tambahan atau kerugian yang mungkin berlaku].

## 2. RESIT BAYARAN

Resit pembayaran penuh akan dikeluarkan oleh pihak pembekal swasta kepada pesakit.

## 3. TANGGUNGJAWAB PESAKIT

Segala urusan bagi menyelesaikan caj pembekal swasta adalah di bawah tanggungjawab pesakit. Pihak klinik atau perawat tidak bertanggungjawab dalam urusan caj pembekal swasta dan hanya bertindak sebagai perantara bagi membantu pesakit mendapatkan rawatan yang optima.

## 4. PENGESAHAN PESAKIT/PENJAGA DAN PERAWAT

Saya mengesahkan bahawa saya telah membaca/dibacakan, diterangkan dan memahami syarat-syarat dan tanggungjawab pesakit seperti yang tersebut di atas.

- Saya \*bersetuju/tidak bersetuju dengan prosedur dan syarat-syarat yang tersebut di atas untuk diri saya.
- Saya \*bersetuju/tidak bersetuju dengan prosedur dan syarat-syarat yang tersebut di atas untuk \*ibu bapa/orang di bawah jagaan saya bernama ..... No..K/P:.....

Tandatangan: .....

**Nama \*Pesakit/Penjaga:**

**Nombor Kad Pengenalan \*Pesakit/Penjaga:**

Tarikh: .....

Saya mengesahkan bahawa saya telah memberi penerangan berkenaan perkara di atas kepada pesakit/penjaga.

Saya juga mengesahkan bahawa pada masa ini perkhidmatan/aplians pergigian (sila nyatakan).....tidak dijalankan/dibekalkan di makmal pergigian klinik ini.

Tandatangan: .....

**Nama Pakar/Pegawai Pergigian:**

Tarikh: .....

Tandatangan saksi: .....

**Nama:**

**Nombor Kad Pengenalan:**

Tarikh: .....

\*Potong mana yang tidak berkenaan.