

**BORANG PERSETUJUAN PESAKIT/PENJAGA BAGI KES ULANGAN/PENGHANTARAN  
SEMULA BEKALAN PERKHIDMATAN OLEH PEMBEKAL SWASTA**

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

Nama Pesakit : .....

No. Kad Pengenalan : .....

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

Nama & Alamat Pembekal  
Swasta : .....

Kos Bayaran Pembekal  
Swasta (jika ada) : RM.....

Kes di atas perlu dibaiki atau  
dibuat/diulang semula  
disebabkan : .....

Dengan ini saya memahami bahawa:

**1. SYARAT-SYARAT BAGI KES ULANGAN/PENGHANTARAN SEMULA**

- 1.1 Bayaran tambahan seperti dinyatakan di atas (jika ada) perlu dijelaskan oleh saya dan saya bertanggungjawab untuk membawa sesalinan bukti pembayaran ke klinik ini sebelum proses pembuatan semula atau pembaikan aplans pergigian dimulakan.
- 1.2 Saya bertanggungjawab membuat penghantaran impresi kepada pembekal swasta dan kos penghantaran semula adalah di bawah tanggungan saya sendiri melainkan pembekal swasta memberikan waranti atau bersetuju untuk menanggung kos penghantaran semula.
- 1.3 Sebagai pesakit saya masih tertakluk kepada syarat-syarat (perkara 1.1-1.6) di dalam 'BORANG PERSETUJUAN PESAKIT BAGI BEKALAN PERKHIDMATAN YANG DIBUAT OLEH PEMBEKAL SWASTA' (**Lampiran D**) yang ditandatangani terdahulu.
- 1.4 Bayaran-bayaran perkhidmatan lain di klinik/hospital kerajaan seperti caj pendaftaran dan rawatan perlu dibayar mengikut caj yang telah ditetapkan. Resit pembayaran akan dikeluarkan dengan serta-merta.

**2. RESIT BAYARAN**

Resit pembayaran akan dikeluarkan oleh pihak pembekal swasta dan akan diserahkan 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.

Tandatangan: .....

**Nama Pakar/Pegawai Pergigian:**

Tarikh: .....

Tandatangan saksi: .....

**Nama:**

**Nombor Kad Pengenalan:**

Tarikh: .....

\*Potong mana yang tidak berkenaan.