

PERAKUAN KEBENARAN BIUS (ANAESTHESIA) DAN PEMBEDAHAN
AUTHORISATION FOR ANAESTHESIA AND SURGICAL PROCEDURE

Kepada/To:

Pegawai Kesihatan/Perubatan
Medical Officer/Health Physician

Universiti Malaysia Sarawak

Saya _____ bapa/ibu/penjaga kepada
I _____ father/mother/guardian to

(Nama Pelajar/Student's Name)

Nombor Kad Pengenalan : _____
IC Number

Dengan ini memberi kuasa kepada tuan untuk menandatangani kebenaran bagi pihak saya, jika pada pandangan doktor yang anak/jagaan saya memerlukan rawatan bius (anaesthesia) atau/dan pembedahan, sedangkan saya tidak dapat hadir pada masa yang diperlukan.
I hereby authorised the medical officer to sign on my behalf for anaesthesia surgical procedure on my son/daughter/guardian in my absence, in the event of an emergency, as confirmed by the attending doctor, when required.

Saya tidak akan mendakwa atau mengambil sebarang tindakan terhadap Universiti jika berlaku sebarang kemungkinan yang timbul daripada prosedur tersebut.
I will absolve the University of any responsibilities from any unfavourable consequences which may arise from the said procedure.

Nama Bapa/Ibu/Penjaga
Name of Father/Mother/Guardian

Yang benar
Yours faithfully

Alamat
Address

Tandatangan Bapa/Ibu/Penjaga
Signature of Father/Mother/Guardian

Nombor telefon
Telephone Number

Tarikh/ Date
Date Nombor telefon