



**BORANG PENGECUALIAN KEMASUKAN MAKLUMAT KESIHATAN
KE MALAYSIA HEALTH INFORMATION EXCHANGE (MyHIX)
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

Hospital / Klinik

Saya
(nama *pesakit / ibu / bapa / penjaga / waris)

dengan ini tidak mengizinkan maklumat kesihatan *saya / anak / waris jagaan saya:

Nama pesakit:

MRN:

No. Kad Pengenalan pesakit:

dimasukkan ke dalam MyHIX bagi tujuan perkongsian maklumat kesihatan antara fasiliti kesihatan pada sesi rawatan kali ini sahaja.

Saya tidak akan mengambil apa-apa tindakan terhadap hospital / klinik / Kementerian Kesihatan Malaysia / Kerajaan Malaysia sekiranya berlaku sebarang kemudaratan, kesusahan, kerugian atau apa-apa sahaja yang *saya / anak / waris jagaan saya hadapi kesan daripada pengecualian kemasukan maklumat kesihatan tersebut ke dalam MyHIX.

Tarikh:

Tandatangan:
*(Pesakit / Ibu / bapa / waris)

Tali persaudaraan (Jika berkenaan):

No. Kad Pengenalan Diri:

Tarikh:

Tandatangan saksi:

Nama:

Jawatan:

No. Kad Pengenalan Diri: