

**PERAKUAN KEBENARAN BIUS (ANAESTHETIC) DAN
PEMBEDAHAN**
Authorization For Anaesthesia And Surgical Procedure

Pegawai Perubatan,
Universiti Malaysia Sabah.

Saya (Nama Bapa/Ibu/Penjaga : *Father/Mother/Guardian*),.....

No. Kad Pengenalan/Pasport.....
Bapa/Ibu/Penjaga (*Father / Mother /Guardian*) kepada to (Nama calon / *Candidate's name*)

.....

No. Kad Pengenalan/ Pasport

Dengan ini memberi kuasa kepada tuan untuk menandatangani kebenaran bagi pihak saya, jika pada pandangan doktor yang anak/jagaan saya ini memerlukan rawatan bius (anaesthesia) atau/dan pembedahan segera, sedangkan saya tidak dapat hadir pada masa yang diperlukan.

Hereby authorize the medical officer to sign on my behalf as an approval to administer anesthesia or carry out a surgical procedure on my dependant in my absence in the event of emergency.

Saya tidak akan mengambil sebarang tindakan terhadap Universiti Malaysia Sabah dan membebaskan Universiti ini dari sebarang tuntutan sama ada dari pihak saya atau pihak lain jika berlaku sebarang kemungkinan yang timbul daripada prosedur tersebut.

I will absolve University Malaysia Sabah of any claims from myself or any other parties for any unfavourable consequences which may arise from the said procedure.

Di hadapan/ *In the presence of* Yang benar,
Tandatangan/ *Signature Yours faithfully*

(Nama Saksi/ *Name of Witness*)

Tandatangan Bapa/ Ibu/ Penjaga
(*Signature of Father / Mother / Guardian*)

No. Kad pengenalan/Pasport Saksi :
I.C.No./*Passport No of Witness* :

Tarikh :

Date :
Alamat Saksi
Address of Witness :