

**BORANG PERSETUJUAN PENERIMAAN****PERKHIDMATAN PESAKIT BAYAR PENUH (FULL PAYING PATIENT SERVICES)**

**MENGGUNAKAN SURAT JAMINAN (GUARANTEE LETTER - GL) SYARIKAT SWASTA/ AGENSI INSURANS
HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II**

1. Nama Pesakit:	6. Rujukan daripada (jika berkenaan):
2. No. Kad Pengenalan:	7. Nama Syarikat/Majikan:
3. Alamat:	8. Alamat:
4. Pekerjaan:	9. No Telefon:
5. No Telefon:	10. Nama Syarikat Insurans :

1. Nama Waris:	7. Nama Syarikat/Majikan:
2. No. Kad Pengenalan:	8. Alamat:
3. Alamat:	9. No. Telefon:
4. Pekerjaan:	
5. Hubungan:	
6. No. Telefon:	

PERAKUAN

(Ruang ini diisi oleh pesakit atau waris)

Saya bersetuju memilih Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) atas kehendak sendiri berdasarkan persetujuan saya seperti dibawah.

Bagi rawatan sebagai pesakit luar Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP), saya akan membayar semua bayaran yang termaktub dalam Akta Fi (Perubatan) (Pesakit Bayar Penuh) 2007 untuk pesakit baru dan rawatan susulan secara tunai sahaja.

Bagi rawatan sebagai pesakit dalam wad, saya akan mendapatkan surat kebenaran dan surat jaminan dari pihak majikan/ agensi insurans saya untuk membayar Fi rawatan pesakit dalam berdasarkan Perintah Fi (Perubatan) (Pesakit Bayar Penuh) 2007. Saya bertanggungjawab sepenuhnya untuk mendapatkan surat persetujuan serta akuan menjelaskan bayaran Fi rawatan pesakit dalam PPBP dari pihak majikan saya dan / atau dari pihak agensi insurans yang mewakili saya/ majikan saya. Saya faham bahawa rawatan sebagai pesakit dalam PPBP hanya dapat diberi kepada saya setelah saya memberikan surat - surat berkenaan diatas kepada pihak pengurusan HQE II.

Sekiranya pihak majikan dan / atau pihak insurans tidak dapat memberikan surat - surat tersebut diatas, saya tidak boleh didaftarkan untuk menerima rawatan pesakit dalam PPBP kecuali saya sendiri atau waris saya melakukan bayaran deposit secara tunai / bank draf keseluruhan caj anggaran rawatan pesakit dalam PPBP.

Tandatangan Pesakit/ waris :

Tarikh :