



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

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/ waris *)

Saya/ Waris.....bersetuju memilih Perkhidmatan Pesakit Bayar Penuh (PPBP) atas kehendak saya/ pesakit penama diatas* dan seterusnya membayar semua fi terlibat yang termaktub dalam Perintah Fi (Perubatan) (Pesakit Bayar Penuh) 2007 ini melalui pembayaran sendiri seperti tercatat dibawah:-

1. Bagi setiap rawatan pesakit luar PPBP, mesti membayar caj secara tunai ke Unit Hasil HQE II sebelum rawatan.
2. Bagi rawatan pesakit dalam PPBP:
 - 2.1 Bayaran secara tunai atau bank draf mesti dibayar ke Unit Hasil HQE II berdasarkan caj anggaran rawatan.
 - 2.2 Sekiranya ada rawatan tambahan yang tidak termasuk dalam caj anggaran diatas (setelah dapat persetujuan saya/ waris*), tambahan deposit mesti dibayar berdasarkan caj anggaran bagi rawatan tambahan dan/ atau menambah deposit dari masa kesemasa setiap kali baki akaun saya/ pesakit* kurang dari RM 1000.00

Saya/ waris* faham bahawa saya/ pesakit* akan ditamatkan dari PPBP sekiranya syarat- syarat diatas tidak dipenuhi.

.....
(Tandatangan Pesakit/ Waris*)

Tarikh:

Nota: *Sila potong mana yang tidak berkenaan