



**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



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



**BORANG BERHENTI MENERIMA
PERKHIDMATAN PESAKIT BAYAR PENUH
HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II
TEL : 088 - 324600 FAX : 088 - 272454**



Saya/ Suami/ Isteri/ Anak/ Ahli keluarga terdekat

No. Kad Pengenalan dengan ini bersetuju saya/ pesakit

No. Kad Pengenalan untuk berhenti menerima Skim Perkhidmatan Pesakit

Bayar Penuh (PPBP) dan bersetuju untuk menjelaskan semua bayaran bil hospital berjumlah

RM yang dikenakan setakat ini.

(Tandatangan Pelanggan/ Suami/
Isteri/ Anak/ Ahli keluarga terdekat)

Nama : _____
Tarikh : _____
Masa : _____