



## Borang Kuasa Izin 'A'

**Jika awda pesakit, sila isikan dengan lengkap dan tanda tangani borang ini.**

Saya, \_\_\_\_\_  
lahir pada \_\_\_\_\_ (hari) \_\_\_\_\_ (bulan) \_\_\_\_\_ (tahun) dengan ini memberi keizinan kepada Pejabat Pengurusan Lembaga-Lembaga Kesihatan Negara Brunei Darussalam (*Boards Management Office [BMO]*) dan Lembaga Profesion berkenaan dan diberi kuasa untuk:

1. Mengakses maklumat, termasuk rekod perubatan saya yang berkaitan dengan notifikasi (aduan) yang dihadapkan kepada BMO;
2. Mengongsikan rekod perubatan saya dan apa jua maklumat-maklumat lain yang berkaitan kepada pengamal perubatan yang diadakan bagi mendapatkan maklum-balasnya;
3. Mengongsikan rekod perubatan saya dan apa jua maklumat-maklumat lain yang berkaitan kepada agensi lain jika BMO membuat keputusan untuk merujuk notifikasi (aduan) ini kepada agensi tersebut; dan
4. Mengongsikan rekod perubatan saya dan apa jua maklumat-maklumat lain yang berkaitan kepada mana-mana pakar rujuk bagi mendapatkan pandangan berkecuali atau bebas yang berhubung dengan notifikasi (aduan) ini serta yang berkaitan dengannya.

**Nama awda:**

Dengan menandai kotak ini, awda mengambil maklum telah membaca, memahami dan mempersetujui kenyataan di atas.

**Tanda tangan**

**Tarikh:**

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**Nombor Notifikasi**  
UNTUK KEGUNAAN PEJABAT



## Borang Kuasa Izin 'B'

**Jika awda adalah pesakit dan mahu orang yang bernama di bawah untuk mewakili awda, sila isikan dengan lengkap dan tanda tangan borang ini.**

Saya, \_\_\_\_\_

lahir pada \_\_\_\_\_(hari) \_\_\_\_\_(bulan) \_\_\_\_\_(tahun):

1. Melantik orang yang bernama di bawah sebagai wakil untuk membuat notifikasi ini bagi pihak saya.
2. Memberi kuasa kepada Pejabat Pengurusan Lembaga-Lembaga Kesihatan Negara Brunei Darussalam (*Boards Management Office [BMO]*) untuk mengongsikan rekod perubatan saya yang berkaitan, jika perlu, dengan wakil yang saya lantik.
3. Memberi kuasa kepada BMO mengalamatkan semua persuratan berkaitan dengan notifikasi ini kepada wakil saya dan mengongsikan apa jua maklumat yang berhubungkait dengan notifikasi ini kepada wakil saya
4. Dengan ini memberi keizinan bagi BMO dan Lembaga yang berkenaan dan diberi kuasa untuk:
  - i. Mengakses maklumat, termasuk rekod perubatan saya yang berkaitan dengan notifikasi (aduan) yang dihadapkan kepada BMO;
  - ii. Mengongsikan rekod perubatan saya dan apa jua maklumat-maklumat lain yang berkaitan kepada pengamal perubatan yang diadakan bagi mendapatkan maklum-balasnya;
  - iii. Mengongsikan rekod perubatan saya dan apa jua maklumat-maklumat lain yang berkaitan kepada agensi lain jika BMO membuat keputusan untuk merujuk notifikasi (aduan) ini kepada agensi tersebut; dan
  - iv. Mengongsikan rekod perubatan saya dan apa jua maklumat-maklumat lain yang berkaitan kepada mana-mana pakar rujuk bagi mendapatkan pandangan berkecuali atau bebas yang berhubung dengan notifikasi (aduan) ini serta yang berkaitan dengannya.

**Nama pesakit**

Dengan menandai kotak ini, pesakit mengambil maklum telah membaca, memahami dan memersetujui kenyataan di atas.

**Tanda tangan**

**Tarikh:**

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**Nama wakil yang dilantik**

Dengan menandai kotak ini, wakil yang dilantik mengambil maklum telah membaca, memahami dan memersetujui kenyataan di atas.

**Tanda tangan**

**Tarikh:**

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**Nombor Notifikasi**  
UNTUK KEGUNAAN PEJABAT



## Borang Kuasa Izin 'C'

**Jika awda wakil sah pesakit yang tiada upaya membuat keputusan atau pesakit telah meninggal dunia, sila isikan dengan lengkap dan tanda tangani borang ini.**

Saya, \_\_\_\_\_  
lahir pada \_\_\_\_\_(hari) \_\_\_\_\_(bulan) \_\_\_\_\_(tahun) selaku wakil sah \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (pesakit) dan dengan ini memberi keizinan kepada  
Pejabat Pengurusan Lembaga-Lembaga Kesihatan Negara Brunei Darussalam (*Boards Management Office*  
*[BMO]*) dan Lembaga Profesion berkenaan dan diberi kuasa untuk:

1. Mengakses maklumat, termasuk rekod perubatan saya yang berkaitan dengan notifikasi (aduan) yang dihadapkan kepada BMO;
2. Mengongsikan rekod perubatan saya dan apa jua maklumat-maklumat lain yang berkaitan kepada pengamal perubatan yang diadukan bagi mendapatkan maklum-balasnya;
3. Mengongsikan rekod perubatan saya dan apa jua maklumat-maklumat lain yang berkaitan kepada agensi lain jika BMO membuat keputusan untuk merujuk notifikasi (aduan) ini kepada agensi tersebut; dan
4. Mengongsikan rekod perubatan saya dan apa jua maklumat-maklumat lain yang berkaitan kepada mana-mana pakar rujuk bagi mendapatkan pandangan berkecuali atau bebas yang berhubung dengan notifikasi (aduan) ini serta yang berkaitan dengannya.

**Dalam hal di mana pesakit tidak dapat menanda tangani atau pesakit telah meninggal dunia, sila lampirkan dokumen-dokumen bukti yang awda adalah wakil sah pesakit tersebut.**

**Nama wakil sah**

Dengan menandai kotak ini, awda selaku wakil yang sah, mengambil maklum telah membaca, memahami dan mempersetujui kenyataan di atas.

**Tanda tangan**

**Tarikh:**

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

**Number Notifikasi**  
UNTUK KEGUNAAN PEJABAT