



BORANG PENDAFTARAN Bru-HIMS

I. MAKLUMAT PESAKIT

NOTA: SILA GUNAKAN HURUF BESAR. TANDAKAN DALAM PETAK YANG BERKENAAN

Gelaran/ Pangkat	
---------------------	--

Taraf Perkahwinan:
 Bujang Kahwin
 Duda/ Balu Bercera

Nama	
------	--

Jantina: Lelaki Perempuan

Nama Bapa / Keluarga	
-------------------------	--

Tarikh Lahir :
 ____ / ____ / ____

Bil.Kad Pengenalan:	
------------------------	--

Warna/Jenis K/P:

 Kuning
 Ungu
 Hijau

Lain-lain Pengenalan: _____

 No. ABDB No. Polis No. Pasport Sijil Beranak

 Kad Pengenalan Ibu / Bapa / Penjaga: _____ Hubungan Penjaga: _____

Taraf Kerakyatan: Brunei Lain-lain (sila nyatakan): _____

Ugama: Islam Lain-lain (sila nyatakan): _____

Bangsa: Melayu Lain-lain (sila nyatakan): _____

II. ALAMAT-ALAMAT

Alamat Rumah	
--------------	--

Alamat Pesuratan (Jika berlainan dari Alamat Rumah)	
---	--

Daerah: Brunei/Muara Tutong Belait Temburong

Daerah: Brunei/Muara Tutong Belait Temburong

Poskod: _____

Poskod: _____

No.Tel.Bimbit.: _____

Alamat emel : _____

No.Tel Rumah: _____

III. KELUARGA TERDEKAT DAN MAKLUMAT YANG BERKAITAN UNTUK DIHUBUNGI

Nama:	
-------	--

Alamat Pesuratan (Jika berlainan dari diatas)	
---	--

Bil.Kad Pengenalan : _____ Hubungan Dengan Pesakit: _____

Daerah: Brunei/Muara Tutong Belait Temburong

Warna/Jenis K/P: _____ Lain-lain Pengenalan: _____

Poskod: _____

Kuning
 Ungu
 Hijau

No.ABDB No. Polis No. Pasport
 Kad Pengenalan Ibu / Bapa / Penjaga Hubungan Penjaga: _____

No.Tel.Bimbit.: _____

No.Tel Rumah: _____

IV. MAKLUMAT MAJIKAN

Pekerjaan: Sila nyatakan jika penuntut / menganggur / berkerja sendiri / bersara / suri rumah tangga

--

Tempat Bertugas: _____ (Bagi penuntut, sila nyatakan tempat pengajian):

Nama Majikan:	
---------------	--

Alamat Majikan	
----------------	--

No.Tel. Bimbit :
(Majikan) _____

Daerah: Brunei/Muara Tutong Belait Temburong

No.Tel Majikan: _____

Poskod: _____

V. PERINGATAN

Saya dengan ini membenarkan pihak Kementerian Kesihatan menghantar peringatan/ pemberitahuan melalui perkhidmatan pesanan ringkas (SMS) dan menghubungi melalui nombor-nombor telefon/ alamat emel yang telah diberikan bagi menyampaikan maklumat berkaitan dengan penjagaan kesihatan iaitu termasuk serta tidak terhad kepada peringatan temujanji dan urusan rujukan.

Hantar kepada saya peringatan / pemberitahuan melalui Perkhidmatan Pesanan Ringkas (SMS): Yes No

Saya juga faham bahawa saya berhak membatalkan penerimaan peringatan dan pemberitahuan ini dengan memaklumkan kepada pihak Kementerian Kesihatan secara bertulis.

Dengan ini saya mengaku bahawa maklumat yang diberikan adalah benar dan akan bertanggungjawab ke atas segala tuntutan pembayaran kewangan yang telah ditetapkan.

Tandatangan: Tarikh: ____ / ____ / ____

Nama : Bil.K/P:



Bru-HIMS REGISTRATION FORM

I. PATIENT INFORMATION NOTE: PLEASE USE CAPITAL LETTERS. MARK ✓ IN THE APPROPRIATE BOX ☐

Form section I containing fields for Title/Rank, Name (First Name), (Last Name / Surname), NRIC, Nationality, Race, Colour/type of IC, Other Alternate ID, Marital status, Gender, Date of Birth, Religion, and others.

II. CONTACT ADDRESSES

Form section II containing Residential Address, Mailing Address, District, Postcode, Mobile no., and Home Tel no. for both patient and contact.

III. NEXT OF KIN AND RELATED CONTACTS

Form section III containing Name, Mailing Address, NRIC, Relationship To Patient, Colour/type of IC, and Other Alternate ID for next of kin.

IV. EMPLOYMENT DETAILS

Form section IV containing Occupation, Place of work, Employer Name, Employer Address, Mobile no. (Employer), and Employer Tel no.

V. ACKNOWLEDGEMENT

I hereby authorize Ministry of Health's representatives to send reminders/ notification through Short Message Service (SMS) and call/ email me at my given contact number(s)/ email address, where applicable, for communications regarding my healthcare, including but not limited to appointment reminders and referral arrangements. Send me reminders/notification through Short Message Service (SMS): Yes No. I understand I have the rights to rescind from receiving reminders and notifications at any time by notifying the Ministry of Health in writing. The above information is true to the best of my knowledge and is responsible for any financial payment transactions. Signature: Date: Name: NRIC: