

KEIZINAN FOTOGRAFI/RAKAMAN MULTIMEDIA

Nama Pesakit/Pelajar :		Ibu Bapa/Penjaga/Proksi (jika berkenaan)	
No. KP/Pasport :		Nama :	
		No. KP / Pasport :	

Perincian rakaman

Tarikh :	Perkara yang : ☐ Temu bual sahaja
Masa :	dirakam (<i>tandakan yang berkenaan</i>) ☐ Muka dan rambut
Tempat rakaman :	☐ Anggota badan
Peranti rakaman yang digunakan :	☐ Batang tubuh (torso)
Tempat penyimpanan :	☐ Lain-lain:

Tujuan rakaman (*tandakan yang berkenaan*)

☐ Penerbitan dalam media cetak dan elektronik	☐ Pengajaran, latihan dan penyelidikan
☐ Lain-lain:	

Saya mengesahkan bahawa saya telah diberi penjelasan dan saya bersetuju bahawa:

- ☐ Gambar dan/atau rakaman multimedia seperti yang diperincikan boleh dibuat dan digunakan untuk tujuan di atas.
- ☐ Fakulti mestilah melindungi semua maklumat sulit berhubung rakaman ini dan memastikan identiti saya/pesakit serta kehormatannya dilindungi sebaik mungkin.
- ☐ Saya telah dimaklumkan mengenai tempoh penyimpanan rakaman dan pihak yang mempunyai akses kepadanya.
- ☐ Jika saya bersetuju untuk penerbitan dalam media cetak/elektronik, saya/pesakit tidak dapat menarik balik keizinan untuk kegunaan selanjutnya.
- ☐ Kualiti perkhidmatan atau pengalaman pembelajaran saya/pesakit tidak akan terjejas akibat rakaman ini, dan saya boleh menarik balik keizinan semasa atau secepat selepas rakaman.

Pesakit/Penjaga/Proksi/Pelajar Tandatangan : Nama : Hubungan (jika berkenaan) :	Saksi Tandatangan : Nama : Tarikh :
--	--

Kenyataan Pensyarah/Doktor

Saya telah menerangkan semua perkara di atas (yang mana berkenaan) kepada pesakit / penjaga / pelajar dan saya telah menjawab semua soalan dan pertanyaan berkaitan keizinan ini.

Tandatangan : Nama / cop rasmi

Tarikh :

Kenyataan Jurubahasa

Saya telah menterjemahkan maklumat di atas kepada pesakit sebaik mungkin dalam bahasa dan dengan cara yang saya percaya difahami olehnya.

Tandatangan : Nama / cop rasmi

Tarikh :