

## Borang Persetujuan Pelanggan dan Maklumat ACC

BAHAGIAN 1 - MAKLUMAT PERIBADI			
GELARAN:		TELEFON:	
NAMA PERTAMA:		TELEFON TEMPAT KERJA:	
NAMA PILIHAN:		MUDAH ALIH:	
NAMA KELUARGA:		E-MEL:	
JANTINA: <input type="checkbox"/> LELAKI <input type="checkbox"/> PEREMPUAN		ALAMAT RUMAH:	
TARIKH LAHIR:			
KUMPULAN ETNIK:			
NAMA DOKTOR:		SUB BANDAR:	
KLINIK PERUBATAN:		BANDAR:	
PEKERJAAN:		POSKOD:	
SEBARANG KEPERLUAN KEBUDAYAAN ATAU FIZIKAL KHUSUS YANG ANDA MUNGKIN ADA:			
BAHAGIAN 2 - SOAL SELIDIK KESIHATAN AM:			
<input type="checkbox"/> Hamil	<input type="checkbox"/> Masalah jantung	<input type="checkbox"/> Masalah pendengaran/penglihatan	<input type="checkbox"/> Lelah/Pernafasan
<input type="checkbox"/> HIV/Hep C	<input type="checkbox"/> Strok/TIA	<input type="checkbox"/> Osteoporosis/kelemahan tulang	<input type="checkbox"/> Masalah kulit
<input type="checkbox"/> Pembedahan dalam tempoh 5 tahun yang lalu .....	<input type="checkbox"/> Kanser	<input type="checkbox"/> Lain-lain (Nyatakan) .....	<input type="checkbox"/> Alahan (Nyatakan) .....
<input type="checkbox"/> Perokok			
UBAT-UBATAN – SILA SENARAikan:			
BAHAGIAN 3 – PERSETUJUAN			
<p>Saya dengan ini bersetuju untuk mendapatkan rawatan daripada Ahli fisioterapi yang berkelayakan bagi tujuan memberikan perkhidmatan fisioterapi yang diperlukan untuk menyokong penyakit, kecederaan atau keadaan saya.. Saya faham saya mempunyai hak untuk menolak sebahagian atau semua rawatan yang ditawarkan. Saya faham hak saya untuk pendapat kedua. Saya faham saya boleh ada pengiring/penyokong yang hadir jika saya mahu. Saya bersetuju bagi keadaan saya dibincangkan dengan doktor saya atau doktor pakar seperti yang diperlukan.</p>			
<b>DITANDATANGANI:</b>		<b>BERTARIKH:</b>	
<i>(Jika bawah 16 tahun mesti ditandatangani oleh ibu bapa/penjaja)</i>			

### Markah Fungsi Tertentu Pesakit:

Bagi membantu kami memantau peningkatan anda, kami perlu mengetahui tahap kesakitan anda yang menjejaskan kehidupan harian anda sekarang.

Sila senaraikan tiga aktiviti yang anda hadapi masalah (contohnya berpakaian, berbaring). Kemudian berikan setiap aktiviti markah daripada sepuluh untuk tahap kesukaran yang anda hadapi dalam melakukannya.

Aktiviti	Markah
1	
2	
3	

### Skala pemarkahan:

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Mampu melaksanakan aktiviti seperti dahulu

Tidak mampu melaksanakan aktiviti