



BORANG PENDAFTARAN Bru-HIMS

I. MAKLUMAT PESAKIT

NOTA: SILA GUNAKAN HURUF BESAR. TANDAKAN DALAM PETAK YANG BERKENAANGelaran/
Pangkat

Nama

Nama Bapa /
Keluarga

Taraf Perkahwinan:

 Bujang Kahwin
 Duda/ Balu BerceraJantina: Lelaki Perempuan

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 TemburongDaerah: 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 I: Patient Information. Includes 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 District.

II. CONTACT ADDRESSES

Form II: Contact Addresses. Includes 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 III: Next of Kin and Related Contacts. Includes Name, Mailing Address, NRIC, Relationship To Patient, Colour/type of IC, Other Alternate ID, District, Postcode, Mobile no., and Home Tel no.

IV. EMPLOYMENT DETAILS

Form IV: Employment Details. Includes Occupation, Place of work, Employer Name, Employer Address, Mobile no. (Employer), and Employer Tel no.

V. ACKNOWLEDGEMENT

Form V: Acknowledgement. Includes authorization text, SMS reminder preference, understanding of rights, and signature/date fields.