



Patient Name: \_\_\_\_\_ Patient IC/Passport No. \_\_\_\_\_

I hereby give my consent and authorize Lablink (M) Sdn Bhd to perform a blood taking procedure, where the nature and purpose of this procedure has been explained to me and I understand that there will be an insertion of a needle into my body so that the blood can be collected for testing.

I understand that:

- Laboratory results from Lablink Medical Laboratory are for personal informational purposes only and I should consult a qualified medical practitioner before I discontinue, initiate or change any treatment plan, including the use of medication.
- Lablink will not be responsible for any misinterpretation of results from other parties.
- Laboratory tests results per se are not a substitute for a full medical evaluation.
- Results within the normal range do not ensure health and results that fall outside the normal range may not indicate disease.
- I will not hold Lablink Medical Laboratory, its pathologists, officers, director, employees, affiliates, and sponsors liable for any outcomes which may result from my participation in this testing option.
- I understand that I am expected to pay Lablink Medical Laboratory in full at the time of service.
- If I have requested that my results are to be emailed/faxed, I retain all responsibility should someone else at that address access these results.

I have read and understand the information provided to me and agree to the above statements.

\_\_\_\_\_  
*\*Patient's Signature*

Date: \_\_\_\_\_

**\*IF PATIENT IS UNABLE TO SIGN OR A MINOR. COMPLETE THE FOLLOWING:**

**Next of Kin or Legal Guardian**

Signature : \_\_\_\_\_

Name : \_\_\_\_\_

**Witness**

Signature : \_\_\_\_\_

Name : \_\_\_\_\_

Designation : \_\_\_\_\_

*\*Disclaimer / consent for lab test and blood taking procedure.*



Nama Pesakit: \_\_\_\_\_ No. IC/Passport \_\_\_\_\_

Saya dengan ini memberi keizinan dan memberi persetujuan kepada Lablink (M) Sdn. Bhd. untuk melakukan prosedur pengambilan darah, di mana ciri-ciri dan tujuan prosedur ini telah diperjelaskan kepada saya dan saya faham bahawa akan terdapat penyisipan jarum ke dalam badan saya supaya sebahagian darah boleh diambil untuk tujuan ujian makmal.

Saya faham bahawa:

- Keputusan makmal dari Makmal Perubatan Lablink hanya untuk tujuan maklumat peribadi sahaja dan saya harus berunding dengan pengamal perubatan yang berkelayakan sebelum saya berhenti, memulakan atau mengubah apa-apa pelan rawatan, termasuk penggunaan ubat-ubatan.
- Lablink tidak akan bertanggungjawab untuk sebarang salah tafsiran keputusan ujian daripada pihak lain.
- Keputusan ujian makmal semata-mata tidak seharusnya digunakan sebagai pengganti kepada penilaian perubatan yang lengkap.
- Keputusan ujian yang berada dalam julat normal tidak memastikan kesihatan yang sempurna manakala keputusan ujian yang berada di luar julat normal tidak mengesahkan sesuatu masalah kesihatan atau penyakit.
- Saya tidak akan mensabitkan Makmal Perubatan Lablink, ahli patologi, pegawai, pengarah, pekerja, afiliasi, dan penaja ke atas apa-apa keadaan yang terjadi daripada penyertaan saya dalam ujian-ujian makmalini.
- Saya faham bahawa saya perlu membayar Makmal Perubatan Lablink sepenuhnya ketika mendapatkan perkhidmatan ujian makmal.
- Sekiranya keputusan ujian makmal saya dihantar melalui email /fax, maka saya akan bertanggungjawab penuh sekiranya orang lain di alamat tersebut mengakses keputusan ini.

Tarikh: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*\*Tandatangan Pesakit*

**\*LENGKAPKAN YANG BERIKUT JIKA PESAKIT DI BAWAH UMUR ATAU PESAKIT TIDAK BERUPAYA  
MENURUNKAN TANDATANGAN:**

**Ahli Keluarga Terdekat atau Penjaga Yang Sah**

Tandatangan : \_\_\_\_\_

Nama : \_\_\_\_\_

**Saksi**

Tandatangan : \_\_\_\_\_

Nama : \_\_\_\_\_

Jawatan : \_\_\_\_\_

*\*Terma penafian / persetujuan bagi ujian darah dan prosedur pengambilan darah*