



BORANG PENGESAHAN PENGAMAL PERUBATAN BERDAFTAR BAGI PENGECUALIAN PENERIMAAN VAKSIN COVID-19

1. Bahagian 1: Maklumat Pemohon

Nama :
 No Kad Pengenalan :
 No Pekerja (UKM PER) :
 Pusat Tanggungjawab (PTJ) :
 No telefon :

2. Bahagian 2: Pengesahan Masalah Perubatan (oleh Pengamal Perubatan Berdaftar).

Saya Dr. No.MMC telah memeriksa En./Tn./Pn./Cik No. Kad Pengenalan pada tanggal hb, tahun dan mengesahkan beliau menghadapi penyakit berikut :

- a.
- b.

(Sila lampirkan surat lampiran sekiranya masalah kesihatan melebihi dari jumlah di atas)

3. Bahagian 3: Pengesahan pengecualian vaksinasi COVID-19 (oleh Pengamal Perubatan Berdaftar).

Dengan ini berdasarkan pengetahuan dan kemahiran profesional saya sebagai seorang pengamal perubatan berdaftar penuh, saya mengesahkan bahawa penama di atas **BOLEH / TIDAK BOLEH** (potong jika tidak berkenaan) menerima vaksin COVID 19.

Justifikasi Klinikal sekiranya **TIDAK DIBENARKAN** Vaksinasi: (sila kosongkan jika Penama boleh divaksinkan tanpa kontraindikasi)

.....

Nama Pegawai Perubatan :
 No Kad Pengenalan :
 No Pendaftaran Penuh MMC :
 No Pendaftaran NSR (jika ada) :
 Tempat Bertugas :
 No untuk dihubungi :
 Tarikh :
 Tandatangan Pegawai Perubatan:

Cop Rasmi :

Nota: Staf hendaklah memohon **Sijil Pengecualian Vaksinasi COVID-19 di MySejahtera** di Pejabat Kesihatan Daerah (PKD) bagi melengkapkan proses pengecualian ini.