SULIT

BORANG KKM/HIV/SPP01/09 PIND.01/2020

NO. RUJUKAN: 00110978-2026

KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
BORANG PERMOHONAN UJIAN SARINGAN HIV PRA PERKAHWINAN

BAHAGIAN 1: (DIISI OLEH PEMOHON)

Saya _____
(Nama bakal pengantin)

Alamat _____
(Alamat semasa)

_____

No. Kad Pengenalan/ No. Pasport _____

No.Tel _____ dengan ini **BERSETUJU / TIDAK BERSETUJU** secara sedar dan tanpa sebarang paksaan untuk menjalani ujian saringan HIV dan ujian-ujian lain yang berkaitan, memaklumkan keputusan ujian saringan HIV kepada pasangan dan menjalani sesi kaunseling bersama pasangan sekiranya diperlukan.

Tarikh :

Tandatangan :
(Pemohon)

BAHAGIAN 2: (DIISI OLEH PENGAMAL PERUBATAN KERAJAAN)

Klinik Kesihatan _____

Saya, Pengamal Perubatan seperti yang dinyatakan di bawah dengan ini mengesahkan bahawa ujian saringan HIV telah dilakukan terhadap Encik/ Cik _____
(Nama bakal pengantin)

di klinik ini dan keputusannya adalah _____
(Sila nyatakan)

Tarikh :

Tandatangan :
(Pengamal Perubatan)

Nama & Cop Jawatan:

(Nota: Tempoh sah laku pengesahan ujian saringan HIV adalah selama 6 bulan dari tarikh ujian saringan dilakukan)

STATUS PERKAHWINAN PEMOHON

Kali pertama : ☐

Kali kedua : ☐

Lain-lain (Nyatakan) : _____

MAKLUMAT PASANGAN

Nama : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Alamat : _____

_____

No. Telefon : _____

SULIT

BORANG KKM/HIV/SPP01/09 PIND.01/2020

NO. RUJUKAN: 00110978-2026

KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
BORANG PERMOHONAN UJIAN SARINGAN HIV PRA PERKAHWINAN

BAHAGIAN 1: (DIISI OLEH PEMOHON)

Saya _____
(Nama bakal pengantin)

Alamat _____
(Alamat semasa)

_____

No. Kad Pengenalan/ No. Pasport _____

No.Tel _____ dengan ini **BERSETUJU / TIDAK BERSETUJU** secara sedar dan tanpa sebarang paksaan untuk menjalani ujian saringan HIV dan ujian-ujian lain yang berkaitan, memaklumkan keputusan ujian saringan HIV kepada pasangan dan menjalani sesi kaunseling bersama pasangan sekiranya diperlukan.

Tarikh :

Tandatangan :
(Pemohon)

BAHAGIAN 2: (DIISI OLEH PENGAMAL PERUBATAN KERAJAAN)

Klinik Kesihatan _____

Saya, Pengamal Perubatan seperti yang dinyatakan di bawah dengan ini mengesahkan bahawa ujian saringan HIV telah dilakukan terhadap Encik/ Cik _____
(Nama bakal pengantin)

di klinik ini dan keputusannya adalah _____
(Sila nyatakan)

Tarikh :

Tandatangan :
(Pengamal Perubatan)

Nama & Cop Jawatan:

(Nota: Tempoh sah laku pengesahan ujian saringan HIV adalah selama 6 bulan dari tarikh ujian saringan dilakukan)

STATUS PERKAHWINAN PEMOHON

Kali pertama : ☐

Kali kedua : ☐

Lain-lain (Nyatakan) : _____

MAKLUMAT PASANGAN

Nama : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Alamat : _____

_____

No. Telefon : _____