



PEJABAT AGAMA DAERAH:

**BORANG LAPORAN KESIHATAN
UNTUK BAKAL PENGANTIN**

Bahagian I: (Dilengkap Oleh Pemohon)

Nama Pemohon :

.....

No. Kad Pengenalan :

Alamat :

No. Telefon (R)/(P) :

No. Tel Bimbit :

No. Pasport :

(Bukan Warganegara)

Umur : tahun

Jantina: Lelaki

Perempuan

Tarikh Perkahwinan :

Persetujuan

Saya bersetuju menjalani ujian saringan HIV dan keputusan ujian dikembalikan kepada Pejabat Agama Daerah. Saya juga memberi keizinan kepada Wali dan Pegawai Agama untuk mengetahui keputusan ujian saringan HIV diri saya.

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 _____ di klinik ini dan keputusannya

adalah Tidak Reaktif/ Negatif

Positif

Tarikh:

**Tandatangan:
(Pengamal Perubatan)**

Nama & Cop Jawatan:

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

SULIT

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

NO. RUJUKAN: _____



**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 : _____