

**KEBENARAN BAGI RAWATAN CABUTAN GIGI KEKAL / GIGI SUSU YANG TIDAK LONGGAR
PERKHIDMATAN PERGIGIAN SEKOLAH
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

Kepada Ibu/Bapa/Penjaga,

KEBENARAN BAGI RAWATAN CABUTAN GIGI KEKAL/ GIGI SUSU YANG TIDAK LONGGAR DI SEKOLAH

Dengan hormatnya, dimaklumkan bahawa pemeriksaan pergigian telah diberi kepada
(Nama Murid)
dari kelas..... di sekolah.....

- 2. Hasil pemeriksaan didapati sebanyak batang gigi perlu dicabut bagi mengelak komplikasi yang tidak diingini seperti demam, bengkak gusi, gusi bernanah dan jangkitan merebak ke gigi / bahagian muka yang lain. Gigi..... akan dicabut dalam tempoh lawatan pasukan pergigian ke sekolah. Bagi gigi yang tidak dapat dicabut di sekolah, tuan/puan dinasihatkan untuk membawa anak/anak jagaan tuan/puan ke klinik pergigian berdekatan.
- 3. Mohon lengkapkan borang kebenaran yang disertakan dan kembalikan kepada pihak sekolah sebelum atau pada
- 4. Sekiranya tuan/puan tidak memberi kebenaran untuk menjalankan rawatan cabutan gigi di sekolah, tuan/puan dinasihatkan untuk membawa anak/anak jagaan tuan/puan ke klinik pergigian berdekatan untuk mendapatkan rawatan tersebut.

Sekian terima kasih.

Yang benar,

.....
(Tandatangan Pegawai Pergigian / Juruterapi Pergigian)
Klinik Pergigian:
Pejabat Pergigian Daerah:

Cop Pegawai Pergigian / Juruterapi Pergigian

Untuk penerangan lanjut, sila hubungi klinik pergigian di atas di talian tel

SayaNo.MyKad/Pasport*..... Ibu/Bapa/Penjaga*,
memberi / tidak memberi* kebenaran supaya anak saya/anak di bawah jagaan* saya
(Nama murid)
No. MyKid/MyKad/Pasport*.....dari kelas diberi
(Murid)
rawatan cabutan gigi seperti yang dinyatakan di atas. Saya memahami penerangan berkaitan dengan rawatan yang akan dijalankan.

Yang benar,

.....
(Tandatangan Ibu/Bapa/Penjaga*)

.....
Tandatangan saksi)

Tarikh :

Nama:
Tarikh:

* Potong mana yang tidak berkenaan