

HOSPITAL LAM WAH EE
REGISTRASI PASIEN

Nomor Registrasi : _____ Tanggal Medical Check Up : _____

Nama Pasien : _____
(Ikut nama di Passport)

Nomor Passport : _____ Jantina: Lalaki / Perempuan

Tanggal Lahir : _____ Umur: _____

Status Perkahwinan : _____ Bangsa: _____

Pekerjaan : _____ Agama: _____

Warganegara : _____

Alamat : _____

: _____

Kode Pos : _____

Nomor Hape : _____

Nama Pendamping Darurat : _____
(Semasa Darurat/Kecemasan)

Hubungan : _____ Jantina: Lalaki / Perempuan

Alamat : _____

: _____

Kode Pos : _____

Nomor Hape : _____

Paket : _____

Tambahan Pemeriksaan: _____

Catatan: Untuk membuat temujanji

Email ke alamat: lwehealth@hlwe.com

Sila bawa paspor yang sah bersama semasa medikal check up

Untuk membuat pertanyaan, sila hubungi

Tel: 604-6528680 (9.00am – 11.00am)

604 – 6528682 (11.00am – 4.00pm)