



**UNIT PSIKOLOGI KAUNSELING**  
**JABATAN KESIHATAN WILAYAH PERSEKUTUAN**  
**KUALA LUMPUR & PUTRAJAYA**  
**JALAN CENDERASARI**  
**50590 KUALA LUMPUR**

BKI/1/14

Telefon : 03-22687263

## BORANG RUJUKAN KAUNSELING

### 1) Profil (Diisi oleh Pakar / Pegawai Perubatan / Ketua Unit / Penyelia)

Nama : .....

Jantina :  Lelaki  Perempuan

No. Kad Pengenalan : ..... No. Pendaftaran (RN) : .....

No. Tel. : .....

Bangsa :  Melayu  Cina  India  Lain-lain.....

Wad / Unit / Lain-lain : .....

### 2) Diagnosis / Isu

.....

.....

### 3) Latar Belakang Masalah / Isu dan Tujuan Rujukan

.....

.....

.....

.....

### 4) Klien telah dimaklumkan mengenai rujukan kaunseling

(  ) YA (  ) TIDAK

(Nota: Sila maklumkan kepada klien mengenai rujukan kaunseling untuk melancarkan proses kaunseling).

Tandatangan Perujuk : ..... No. Tel./ Samb. : .....

Nama & Cop : ..... Tarikh : .....

**\*Sila pastikan borang ini diisi dengan lengkap.**

TINDAKAN UNIT PSIKOLOGI KAUNSELING		
Tarikh Rujukan Diterima	Tarikh Respon	Tarikh Temujanji