


iBABY CLAIM - PAEDIATRICIAN ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN iBABY - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT PEDIATRIK

	(d) Has the Patient previously received any treatment for above symptoms? If so, please furnish name, address of doctors and dates of consultation. <i>Pernahkah sebelum ini Pesakit menerima rawatan untuk simptom di atas? Jika ada, sila nyatakan nama, dan alamat</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
10.	The date on which you first saw the Patient for this illness / injury / condition. / <i>Tarikh pertama kali anda memberi rawatan kepada Pesakit bagi penyakit / kecederaan / keadaan ini.</i>	DD MM YY at am / pm HH BB TT pada pagi / ptg
11.	Was the Patient referred to your hospital by any other doctor? If yes, please enclose a copy of referral letter and indicate his/her name and address. / <i>Adakah Pesakit dirujuk kepada hospital anda oleh doktor yang lain? Jika ada, sila bagi surat rujukan dan nyatakan nama dan alamat doktor</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
12.	Has any investigation, test or procedure been performed? If so, please furnish a certified true copy of the result. <i>Adakah sebarang siasatan, ujian atau prosedur dilakukan? Jika ada, sila sertakan satu salinan hasil siasatan yang</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
13.	What was the underlying cause? <i>Apakah punca penyebabnya?</i>	
14.	What was the final diagnosis? / <i>Apakah diagnosis akhir?</i>	
15.	Did you inform the patient of the diagnosis? If so, when? <i>Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis tersebut? Jika ada, bila?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak DD MM YY at am / pm HH BB TT pada pagi / ptg
16.	Nature of medical treatment given. <i>Jenis rawatan perubatan diberi.</i>	
17.	Was the condition related to? / <i>Adakah penyakit tersebut berkait paut dengan?</i>	
	(a) Complications from Fertility Treatment except IVF/IUI/ICSI <i>Komplikasi akibat Rawatan Kesuburan kecuali IVF/IUI/ICSI</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
	(b) Pregnancy with more than two fetuses <i>Kehamilan yang lebih daripada dua fetus</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
	(c) AIDS/ HIV positive/ Sexually Transmitted Disease <i>AIDS/ HIV positif / Penyakit berjangkit melalui hubungan sex.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
	(d) Being under influence of alcohol/drug/intoxicants <i>Di bawah pengaruh alkohol/dadah/keracunan.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
	(e) Pregnancy/Childbirth/Infertility/Impotence <i>Kehamilan/Melahir anak/ Kemandulan/Impoten</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
	(f) Physical Examinations/Health Check-ups / <i>Pemeriksaan fizikal/Pemeriksaan Kesihatan</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
	(g) Suicide/Attempted Suicide while sane or insane/Self-inflicted injuries of the baby's mother <i>Bunuh diri/Cubaan Membunuh Diri sama ada siuman atau tidak siuman/ Kecederaan diri sendiri dicetuskan oleh ibu bayi</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
	(h) Violation of Laws / Strike / Riots <i>Activiti Jenayah/Mogok/ Rusuhan</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____



iBABY CLAIM - PAEDIATRICIAN ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN iBABY - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT PEDIATRIK

18.	For surgery / Untuk pembedahan	
(a)	Nature of operation performed <i>Jenis pembedahan yang dilakukan</i>	
(b)	MMA code / PHFSR code	
(c)	Name of surgeon/ <i>Nama pakar bedah</i>	
(d)	Date surgery performed <i>Tarikh pembedahan dilakukan</i>	DD MM YY HH BB TT
19.	Any possibility of Patient having a relapse disease? <i>Adakah kemungkinan Pesakit menghidapi penyakit berulang?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
20.	Has the Patient previously been treated or hospitalised in this or any other hospital or clinic for this or any other disease? If yes, please state. / <i>Pernahkah sebelum ini Pesakit diberi rawatan atau dimasukkan ke hospital ini atau hospital-hospital lain atau klinik untuk rawatan penyakit ini atau penyakit-penyakit lain? Sila nyatakan.</i>	
	Date / Tarikh	Illness / Penyakit
		Hospital / Clinic / Hospital / Klinik
21.	Please provide any other information that will enable us to assess this claim. / <i>Sila berikan maklumat lain yang akan membolehkan kami menilai tuntutan ini.</i>	
I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief. <i>Saya dengan ini mengaku bahawa setiap dan semua jawapan di atas adalah benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.</i>		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p>Signature and Official Stamp / <i>Tandatangan dan Cop Amalan</i></p>		Name / Nama:
		Professional Qualification: <i>Kelayakan Professional:</i>
		Address/ Alamat:
		Date / Tarikh : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		DD / TT MM / BB YYYY / TTTT