


ACCIDENT CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN KEMALANGAN - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

The below named is insured with us against the happening of a certain contingent event associated with his/her health. A claim has been submitted in connection with his/her illness/injury. To enable us to assess the claim, we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.

Orang yang namanya dinyatakan dibawah diinsuranskan dengan kami terhadap kejadian tertentu yang berlaku. Satu tuntutan yang berkaitan dengan penyakit/kecederaan telah di serah kepada kami dan untuk membolehkan kami memproses tuntutan tersebut, kami menghargai kerjasama anda melengkapkan borang ini.

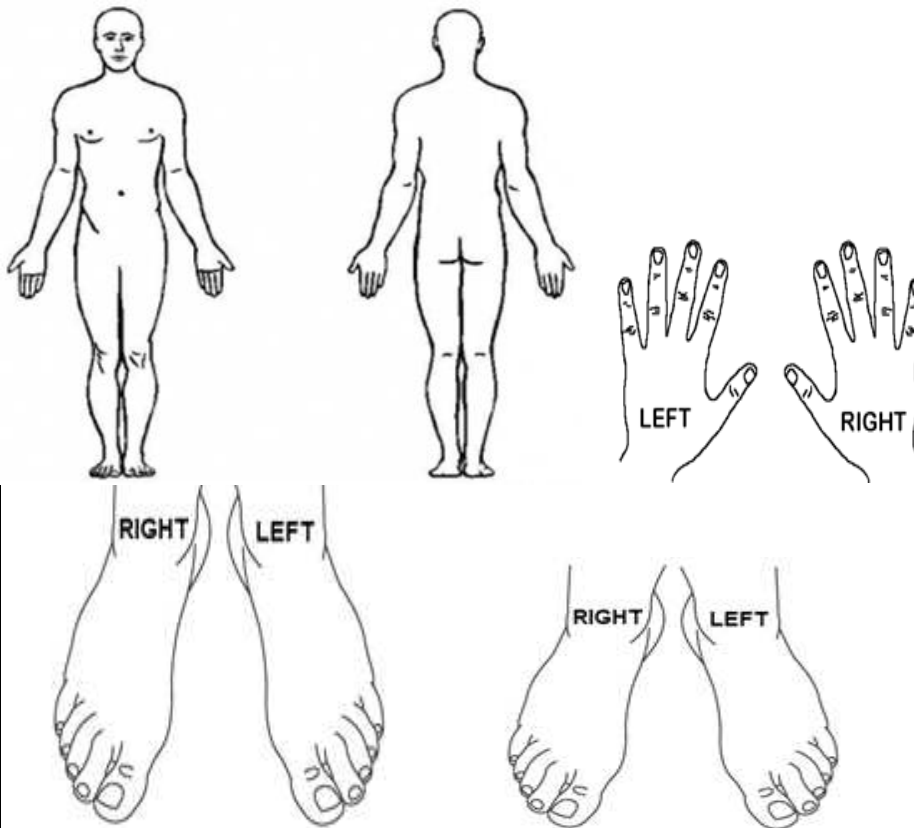
Note: This form is to be completed at the Patient's expense. *Borang ini untuk diisi atas perbelanjaan Pesakit.*

Policy Number / Nombor Polisi																			
1.	Patient's name / Nama Pesakit																		
2.	I.C. No. / No. Kad Pengenalan																		
3.	Occupation / Pekerjaan																		
4.	Date & time of accident / Tarikh & masa kemalangan																		
		DD	MM	YY	at	am / pm													
		HH	BB	TT	pada	pagi / ptg													
5.	Date and time of first consultation / Tarikh & masa rawatan pertama																		
		DD	MM	YY	at	am / pm													
		HH	BB	TT	pada	pagi / ptg													
6.	i.	Did the patient seek treatment from you immediately after the accident? / Adakah Pesakit menerima rawatan sejurus selepas kemalangan?																	
		<input type="checkbox"/> Yes / Ya									<input type="checkbox"/> No / Tidak								
	ii.	If No, please explain. / Jika Tidak, sila jelaskan																	
7.	Describe in detail the nature of the accident as related to you by the Patient / Terang secara terperinci jenis kemalangan seperti yang telah dinyatakan oleh Pesakit.																		
8.	Were there any external and visible injuries or fresh wound as a result of this accident? / Adakah terdapat sebarang kecederaan/luka luaran ketara akibat kemalangan tersebut?																		
		<input type="checkbox"/> Yes / Ya									<input type="checkbox"/> No / Tidak								
	i.	If No, describe any other evidence of injury that is consistent with the accident as claimed by the Patient. / Jika tidak, nyatakan sebarang bukti kecederaan yang konsisten dengan kemalangan seperti yang tuntutan oleh Pesakit.																	
	ii.	If Yes, please describe the extent of injuries including site and other characteristics, features as seen by you. In the event of any amputation, please state at what level (proximal, middle distal) / Jika benar, nyatakan tahap kecederaan termasuk lokasi, ciri-ciri lain dan bentuk yang kelihatan pada anda. Jika berlaku sebarang amputasi anggota, sila nyatakan tahap amputasi tersebut (proximal, tengah, distal)																	



ACCIDENT CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN KEMALANGAN - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

iii. Please illustrate the injuries in the following diagrams. *Sila nyatakan bahagian kecederaan pada gambarajah berikut.*



9. Treatment given including follow-ups (dates of consultation, healing progress, treatments such as no. stitches, STO, physiotherapy, type of dressing, etc.) / *Rawatan yang diberi termasuk rawatan lanjutan (Tarikh rawatan, kadar sembuh, rawatan seperti jumlah jahitan, STO, phisoterapi, jenis pencucian, dll.)*

	<u>Date / Tarikh</u>	<u>Treatment(s) / Rawatan</u>	<u>Healing Progress / Kadar Sembuh</u>
i.			
ii.			
iii.			
iv.			
v.			
vi.			
vii.			
viii.			
xiv.			
xv.			



ACCIDENT CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN KEMALANGAN - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

10. If injury involves fracture / Jika kecederaan melibatkan patah tulang		
i.	Location, type of fracture / Lokasi, jenis patah	
ii.	Please state if Patient was put on any form of immobilization (POP, backslab, crepe bandage, etc). <i>Sila nyatakan jika Pesakit diberi sebarang bentuk pembatasan bergerak (POP, sendal belakang, crepe bandage, dan sebagainya).</i>	
	(a) Date first applied and date removed <i>Tarikh mula digunakan dan ditanggalkan</i>	
	(b) Date Patient started on physiotherapy <i>Tarikh Pesakit mula physioterapi</i>	
	(c) Date Patient started on full weight bearing <i>Tarikh Pesakit memulakan senaman tanpa sokongan</i>	
	(d) Please state actual limitation of movement on any joint at the last date of treatment / <i>Sila nyatakan pembatasan pergerakan sebenar bagi sebarang anggota penyambung pada tarikh akhir rawatan.</i>	
11. What was the final diagnosis? <i>Apakah diagnosis akhir?</i>		
13. i.	Last date of consultation / <i>Tarikh akhir rawatan</i>	DD MM YY ____ HH ____ BB ____ TT
ii.	Condition of the injured part / <i>Keadaan anggota yang cedera</i>	
14. Was healing straight forward/complicated? Give details of complication. <i>Adakah proses sembuh lancar/rumit? Sila beri butir kerumitan.</i>		
15. Was X-ray taken? If Yes, please furnish report/X-ray film / <i>Adakah gambar sinar-x diambil? Jika ada, sila sertakan laporan/filem sinar-x.</i>		
<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak		
16. Details of Hospitalisation / <i>Butir Kemasukan Hospital</i>		
(a)	Name of Hospital / <i>Nama hospital</i>	
(b)	Admission No. / <i>No. Pendaftaran</i>	
(c)	Date admitted / <i>Tarikh masuk</i>	DD MM YY ____ HH ____ BB ____ TT
(d)	Date discharge / <i>Tarikh keluar</i>	DD MM YY ____ HH ____ BB ____ TT
(e)	Date surgery performed / <i>Tarikh pembedahan dilakukan</i>	DD MM YY ____ HH ____ BB ____ TT
(f)	Details of surgery/other special diagnostic procedure or treatment / <i>Butir pembedahan/lain-lain prosedur diagnosis atau rawatan khusus</i>	
16. Name and address of other doctors who treated patient for the same injury / <i>Nama dan alamat doktor-doktor lain yang merawat pesakit untuk kecederaan yang sama.</i>		
17. In your opinion, is there any physical impairment or disease/ illness which may have contributed directly or indirectly, to the accident? / <i>Pada pendapat anda, adakah terdapat kecacatan fizikal atau penyakit yang mungkin menyumbang secara langsung atau tidak langsung terhadap kemalangan ini?</i>		



ACCIDENT CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN KEMALANGAN - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

18.	Please provide any other information that will enable us to assess this claim. / <i>Sila berikan maklumat lain yang akan membolehkan us menilai tuntutan ini.</i>	
<p>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></p>		
<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p>Signature and Official Stamp / <i>Tandatangan dan Cop Amalan</i></p>		<p>Name / <i>Nama:</i></p> <p>Professional Qualification: <i>Kelayakan Professional:</i></p> <p>Address/ <i>Alamat:</i></p> <p>Date / <i>Tarikh</i> : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>DD / TT MM / BB YYYY / TTTT</i></p>