



INFECTIOUS DISEASE CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN RAWATAN PENYAKIT BERJANGKIT -
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 berkaitan dengan penyakit/ kecederaan telah di serah kepada kami dan untuk membolehkan kami memproses tuntutan tersebut, kami menghargai kerjasama anda untuk melengkapkan borang ini.

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

1. (a)	Name of Patient / Nama Pesakit	
(b)	The Patient's identity card number from your records <i>Nombor kad pengenalan Pesakit daripada rekod anda</i>	
2. (a)	Are you the Patient's usual medical attendant? If yes, for how long? <i>Adakah anda doktor yang biasa bagi Pesakit? Jika ya, sudah berapa lama?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak _____ <i>(Please state / Sila nyatakan days/weeks/months / hari/minggu/bulan)</i>
(b)	If not, please provide the name and address of the usual medical attendant if known to you / <i>Jika tidak, sila berikan nama dan alamat doktor yang biasa dengan Pesakit jika anda tahu.</i>	
3. Medical Details / Butir Perubatan		
(a)	Date you were first consulted for this condition. <i>Tarikh kali pertama keadaan ini dirujuk kepada anda.</i>	DD MM YY ____ HH ____ BB ____ TT
(b)	What was the symptoms complaint of when you were first consulted? <i>Apakah gejala yang wujud pada kali pertama dirujuk kepada anda?</i>	
(c)	Duration of the symptoms when first consulted. <i>Tempoh gejala bila kali pertama keadaan ini irujuk.</i>	_____ <i>(Please state / Sila nyatakan days/weeks/months / hari/minggu/bulan)</i>
(d)	The date of diagnosis / Tarikh diagnosis	DD MM YY ____ HH ____ BB ____ TT
(e)	On which date did the Patient become aware of this illness? / <i>Bilakah kali pertama Pesakit diberitahu tentang penyakit ini?</i>	DD MM YY ____ HH ____ BB ____ TT
(f)	What is the full blood count of the Patient? <i>Apakah pengiraan sel darah Pesakit?</i>	
(g)	What was the clinical presentation? <i>Apakah keputusan klinikal?</i>	
(h)	Is the diagnostics tests results related to any of the following? <i>Adakah keputusan ujian-ujian yang telah dijalankan berkaitan dengan mana-mana yang berikut?</i>	<input type="checkbox"/> Avian Influenza specifically the H5N1 strain / <i>Avian Influenza jenis khususnya H5N1</i> <input type="checkbox"/> Dengue Fever/Dengue Hemorrhagic Fever <i>Demam Denggi/Denggi Hemorhagik</i> <input type="checkbox"/> Hand, Foot and Mouth Disease <i>Penyakit Tangan, Kaki dan Mulut</i> <input type="checkbox"/> Malaria / <i>Malaria</i> <input type="checkbox"/> Severe Acute Respiratory Syndrome <i>Sindrom Respiratori Akut Teruk</i>



INFECTIOUS DISEASE CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN RAWATAN PENYAKIT BERJANGKIT -
KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

(i)	Please attach copies of any relevant reports that are available. / <i>Sila lampirkan salinan bagi apa-apa laporan yang berkaitan.</i>	
(j)	Have you treated the Patient for any other illness? If yes, for what complaint and when? <i>Pernahkah anda merawat Pesakit kerana apa-apa penyakit yang lain? Jika pernah, apakah penyakitnya dan bila?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak DD MM YY ____ HH ____ BB ____ TT
4.	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.
Saya dengan ini mengaku bahawa setiap dan semua jawapan di atas adalah benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.

	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"/>
Signature and Official Stamp / <i>Tandatangan dan Cop Amalan</i> DD / TT MM / BB YYYY / TTTT	