



HOSPITAL & SURGICAL CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

TUNTUTAN RAWATAN HOSPITAL & PEMBEDAHAN - 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.	Age / Umur																					
4.	Occupation / Pekerjaan																					
5.	Admission Date /					Time / Masa					Discharge Date / Tarikh Keluar					Time / Masa						
						am/pm										am/pm						
						pagi/ptg										pagi/ptg						
6.	Admission to ICU/CCU, if any / Kemasukan ke ICU/CCU, jika ada.																					
	Admission Date / Tarikh Masuk:									Discharge Date / Tarikh Keluar:												
7.	If hospitalisation is due to accident, please furnish / Jika kemasukan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila beri butir																					
(a)	Date & time of accident / Tarikh & masa kemalangan										DD			MM			YY at			am / pm		
											_____ HH			_____ BB			_____ TT			pada pagi / ptg		
(b)	Nature of accident / Jenis kemalangan																					
(c)	Nature of the injury / Jenis kecederaan																					
8.	If hospitalisation is due to an illness, please furnish / Jika kemasukan ke hospital adalah akibat penyakit, sila beri butir																					
(a)	What were the symptoms the Patient complained of when he/ she first saw you? / Apakah simptom yang diberitahu oleh Pesakit ketika pertama kali dia berjumpa dengan																					
	(b) According to patient, how long had he/she been experiencing these symptoms? / Berdasarkan maklumat diberi oleh pesakit, berapa lamakah dia telah mengalami simptom tersebut?																					
(c)	In your professional opinion, how long has the above condition existed? / Berapa lamakah yang anda rasakan simptom ini telah wujud?																					
(d)	Has the Patient previously received any treatment for above symptoms? If so, please furnish name, address of doctors and dates of consultation. Pernahkah sebelum ini Pesakit menerima rawatan untuk simptom di atas? Jika ada, sila nyatakan nama, dan alamat doktor serta tarikh rawatan.																					
	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak																					
9.	The date on which you first saw the Patient for this illness / injury / condition. / Tarikh pertama kali anda memberi rawatan kepada Pesakit bagi penyakit / kecederaan / keadaan ini.										DD			MM			YY at			am / pm		
										_____ HH			_____ BB			_____ TT			pada pagi / ptg			
10.	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. / Adakah Pesakit dirujuk kepada hospital anda oleh doktor yang lain? Jika ada, sila bagi surat rujukan dan nyatakan nama dan alamat doktor tersebut.																					
<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak																						
11.	Has any investigation, test or procedure been performed? If so, please furnish a certified true copy of the result. Adakah sebarang siasatan, ujian atau prosedur dilakukan? Jika ada, sila sertakan satu salinan hasil siasatan yang disahkan daripada dokumen.																					
<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak																						



HOSPITAL & SURGICAL CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN RAWATAN HOSPITAL & PEMBEDAHAN - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

12.	What was the underlying cause? <i>Apakah punca penyebabnya?</i>	
13.	What was the final diagnosis? / <i>Apakah diagnosis akhir?</i>	
14.	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
15.	Nature of medical treatment given. <i>Jenis rawatan perubatan diberi.</i>	
16.	Was the condition related to? / <i>Adakah penyakit tersebut berkait paut dengan?</i>	
	(a) Congenital / Hereditary Condition / <i>Kecacatan sejak lahir/ Penyakit keturunan</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i>
	(b) Psychotic / Mental/ Nervous / Sleeping Disorder / <i>Psikotik / Gangguan mental/Saraf/Gangguan tidur</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) Cosmetic reason/ Dental related/ Refractive errors correction <i>Pembedahan Plastik/Kosmetik/Rawatan Pergigian/Pembetulan penglihatan dekat</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i>
	(g) Self-inflicted injuries / Suicide / Attempted Suicide <i>Kecederaan yang dilakukan sendiri/bunuh diri/cubaan membunuh diri</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>
17.	For surgery / <i>Untuk pembedahan</i>	
	(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
18.	Any possibility of Patient having relapse? <i>Adakah kemungkinan Pesakit menghidapi penyakit kambuh?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
19.	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 / <i>Tarikh</i>	Illness / <i>Penyakit</i>
		Hospital / Clinic / <i>Hospital / Klinik</i>
20.	For female only / <i>Untuk pesakit wanita sahaja</i>	
	(a) Was the patient pregnant at time of hospitalisation? If so, for how many months? / <i>Adakah pesakit hamil ketika dimasukkan ke hospital? Jika benar, sudah berapa bulan?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak _____ Months / <i>Bulan</i>



HOSPITAL & SURGICAL CLAIM - ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN RAWATAN HOSPITAL & PEMBEDAHAN - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

	(b) Was illness caused directly or indirectly by pregnancy / child birth / caesarian section / abortion miscarriage and all complications arising there from? / Adakah penyakit dengan secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh kehamilan / melahirkan anak / pembedahan caesarian / mengugurkan / keguguran dan lain-lain kesakitan yang berkaitan?	
21.	Please provide any other information that will enable us to assess this claim. / Sila berikan maklumat lain yang akan membolehkan kami menilai tuntutan ini.	

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.

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	Name / Nama:
	Professional Qualification: Kelayakan Professional:
	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
Signature and Official Stamp / Tandatangan dan Cop Amalan	