

DOCTOR'S STATEMENT

Please fill in this form in your own hand writing. Kindly answer all questions completely as this will assist us to accurately, fairly and promptly assess the claim. Your co-operation is deeply appreciated. The cost of this certification is borne by the applicant.

1. Name of the Deceased (in full) :
2. NRIC No. :
3. Date of death :
4. Height :
5. Weight :

6. Was the Deceased hospitalised? : Yes No If No, please ignore questions 7 - 8.
7. If yes, where was he/ she hospitalised? :
8. Dates of first admission & last discharge :
9. Name(s) of attending doctor(s) :

10. When did the Deceased **FIRST** consult you? :
11. What was the diagnosis of the consultation? :

12. Please give details of follow up(s), if any :
- or referral to other doctor(s), if any :

13. Did you attend to Deceased's last illness : Yes No
14. If Yes, what was the diagnosis? :
15. If not, please give the name and address of the attending doctor :

16. Are you the Deceased's regular/ family doctor? : Yes No If Yes, for how long?
17. If not, please give details of his/ her regular/ family doctor, if known. :

18. Was the Deceased referred to you? : Yes No
19. If Yes, please give the name and address of the attending doctor. :

20. CAUSE OF DEATH	Approximate interval between onset and death			
I) Disease or condition DIRECTLY leading to death :- a) _____ b) _____ Where & by whom was the disease diagnosed ? Was the Deceased/ family informed of the diagnosis ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Information unavailable	Years	Months	Days	Hours
II) ANTECEDENT causes :- a) _____ b) _____ Where & by whom was the disease diagnosed ? Was the Deceased/ family informed of the diagnosis ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Information unavailable
III) Other significant conditions :-

21. Was there any special cause for the death, directly or indirectly in the HABITS (use of alcohol or drugs), OCCUPATION or FAMILY history of the Deceased ? No Yes

.....

.....

..... (please detail)

22. Please briefly detail the Deceased's medical history.

<u>Disease</u>	<u>Date of diagnosis</u>	<u>Dates of treatment</u>

23. Details of other attending doctors who had treated the Deceased in the last two years :

.....

.....

24. Any other information you feel may be relevant

.....

.....

I declare that the foregoing answers are true to the best of my knowledge and belief.

Signature :	Date :
Name :	Address :
Qualification :
Tel. No. :

PENYATAAN DOKTOR

Sila isi borang ini dengan tulisan tangan anda sendiri. Jawab kesemua soalan dengan lengkap kerana ia akan membantu kami untuk menaksir tuntutan dengan tepat, adil dan cepat. Kerjasama anda amat dihargai. Sebarang kos yang timbul dari penyataan ini adalah ditanggung oleh pemohon.

1. Name penuh Si Mati :
2. No Kad Pengenalan :
3. Tarikh Kematian :
4. Ketinggian :
5. Berat Badan :
6. Adakah Si Mati dimasukkan ke hospital? : Ya Tidak. Jika Tidak, jangan jawab soalan 7 - 8.
7. Jika Ya, di hospital mana? :
8. Tarikh kemasukan yang pertama dan tarikh keluar yang terakhir. :
9. Nama-nama doktor yang merawat. :
10. Bilakah Si Mati MULA-MULA berunding dengan anda?:
11. Apakah diagnosis dari perundingan tersebut? :
12. Sila beri butir-butir mengenai rundingan lanjut, jika ada atau doktor yang dirujuk, jika ada. :
13. Adakah anda merawat Si Mati untuk penyakit terakhirnya? : Ya Tidak
14. Jika Ya, apakah diagnosisnya? :
15. Jika Tidak, sila berikan nama dan alamat doktor yang merawatnya. :
16. Adakah anda doktor tetap/doktor keluarga Si Mati? : Ya Tidak. Jika Ya, berapa lama?
17. Jika Tidak, berikan butir-butir doktor peribadi/keluarganya, jika diketahui :
18. Adakah Si Mati dirujuk oleh doktor lain kepada anda?: Ya Tidak
19. Jika Ya, sila berikan nama dan alamat doktor tersebut? :

20. SEBAB KEMATIAN	Jangka masa antara mula sakit dgn kematian			
	Tahun	Bulan	Hari	Jam
I) Penyakit atau keadaan yang menyebabkan kematian SECARA LANGSUNG a) _____ b) _____ Di mana dan siapakah yang mendiagnosis penyakit ini ? Adakah Si Mati/keluarganya diberitahu mengenai diagnosis tersebut ? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tiada Maklumat
II) PENYEBAB SEBELUM INI / ANTESEDEN a) _____ b) _____ Di mana dan siapakah yang mendiagnosis penyakit ini ? Adakah Si Mati/keluarganya diberitahu mengenai diagnosis tersebut ? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tiada Maklumat
III) Keadaan-keadaan lain yang ketara

21. Adakah sebarang sebab tertentu yang menyebabkan kematian sama ada secara langsung atau tidak langsung dengan TABIAT (penggunaan alkohol atau dadah), PEKERJAAN atau sejarah KELUARGA Si Mati?
 Tidak Ya

 (Sila berikan butiran)

22. Sila berikan keterangan ringkas tentang sejarah perubatan Si Mati. <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><u>Penyakit</u></td> <td style="width: 33%;"><u>Tarikh diagnosis</u></td> <td style="width: 33%;"><u>Tarikh rawatan</u></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	<u>Penyakit</u>	<u>Tarikh diagnosis</u>	<u>Tarikh rawatan</u>			
<u>Penyakit</u>	<u>Tarikh diagnosis</u>	<u>Tarikh rawatan</u>				

23. Butir-butir doktor lain yang pernah merawat Si Mati dua tahun sebelum kematiannya :

24. Maklumat lain yang anda rasa mungkin ada kaitan

Saya mengaku bahawa jawapan-jawapan di atas adalah benar menurut pengetahuan dan kepercayaan saya.

Tandatangan :
 Nama :
 Kelayakan :
 Tel. No. :

Tarikh :
 Alamat :

Sekiranya wujud sebarang percanggahan atau pertikaian dalam penggunaan istilah dan / atau terma-terma di dalam risalah ini, rujukan akan dibuat mengikut risalah yang dikeluarkan di dalam Bahasa Inggeris.