

Policy No. No. Polisi	<input type="text"/>	New NRIC No. No. KP Baru	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Policy No. No. Polisi	<input type="text"/>	Old NRIC/BC/Passport No. No. KP Lama/Sijil Kelahiran/Pasport	<input type="text"/>				
Policy No. No. Polisi	<input type="text"/>	Name of Life Assured Nama Hayat yang Diasuranskan	<input type="text"/>				
Policy No. No. Polisi	<input type="text"/>						
Policy No. No. Polisi	<input type="text"/>						

1.	Patient's Name / Nama Pesakit	
2.	Period of Hospitalisation / Tempoh masa dimasukakan ke Hospital Admission No / Nombor Pendaftaran Date of Admission / Tarikh Kemasukan Date of Discharge / Tarikh Discaj	Time / Masa AM/PM / Pagi/Petang Time / Masa AM/PM / Pagi/Petang
3.	If hospitalisation due to accident, please furnish: / Jika masuk ke hospital adalah akibat kemalangan, sila nyatakan: Date of Accident / Tarikh kejadian kemalangan Nature of Accident / Jenis Kemalangan	Time / Masa
4.	The date on which you first saw the patient for this illness / injury / condition. <i>Sila nyatakan tarikh pertama kali anda memberi rawatan kepada pesakit bagi penyakit / kecederaan / keadaan ini.</i>	Date / Tarikh
5.	Was the patient referred to your hospital by any other doctor? If yes, please indicate his/her name and address. <i>Adakah pesakit dirujuk kepada hospital anda oleh doktor yang lain? Jika ya, sila nyatakan nama dan alamat doktor tersebut.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Name / Nama Address / Alamat
6.	What were the symptoms the patient complained when he/she first saw you? <i>Apakah simtom yang diberitahu oleh pesakit ketika pertama kali dia berjumpa dengan anda?</i>	
7.	a) According to patient, how long has she/he been experiencing these symptoms? <i>Berdasar maklumat yang diberi oleh pesakit, berapa lamakah dia telah mengalami simtom tersebut?</i> b) How long do you feel these symptoms had lasted? <i>Berapa lamakah yang anda rasakan simtom ini telah wujud?</i>	
8.	Had patient previously received any treatment for the above symptoms? If yes, please furnish name, address of doctors and date of consultation. <i>Pernahkah pesakit menerima rawatan untuk simtom di atas sebelum ini? Jika ya, sila nyatakan nama, dan alamat doktor serta tarikh rawatan.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Name / Nama Address / Alamat Date / Tarikh
9.	Have any investigation, test or procedure been performed? If yes, please furnish a certified true copy of the result. <i>Adakah sebarang siasatan, ujian atau prosedur dilakukan? Jika ya, sila lampirkan satu salinan laporan siasatan yang disahkan daripada dokumen asal.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
10.	What was the diagnosis? <i>Apakah diagnosis anda?</i>	

CLM-HSAPS-V00-082003

Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad (93745-A)

(A member of Great Eastern Holdings Limited)
 Head Office: Menara Great Eastern 303 Jalan Ampang 50450 Kuala Lumpur
 Customer Service Careline (603) 4259 8333 Agent Service Careline (603) 4259 8111 Fax (603) 4259 8198
 E-mail wecare@lifeisgreat.com.my Website www.lifeisgreat.com.my

6644050803

11.	<p>Did you inform the patient of the diagnosis? If so, when? <i>Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis tersebut? Jika ada, bila?</i></p>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Date / Tarikh
12.	<p>Nature of medical treatment given. <i>Apakah jenis rawatan perubatan yang diberi.</i></p>	
13.	<p>For surgery: / Untuk pembedahan: a. Nature of operation performed /Jenis pembedahan yang dilakukan b. Name of surgeon / Nama pakar bedah c. Date surgery performed / Tarikh pembedahan dilakukan</p>	
14.	<p>Any possibility of patient having relapse? <i>Adakah kemungkinan pesakit menghidapi penyakit kambuh?</i></p>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
15.	<p>Has the patient previously been treated or hospitalised in this or any other hospital for this or any disease? If yes, please state <i>Pernahkah pesakit diberi rawatan atau dimasukkan ke hospital ini atau lain-lain hospital untuk rawatan penyakit ini atau penyakit-penyakit lain? Sila nyatakan:</i></p>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Date / Tarikh Hospital / Clinic / Hospital / Klinik Disease / Illness / Penyakit
16.	<p>For female only / Untuk wanita sahaja a. Was the patient pregnant at time of the hospitalisation? If yes, for how many months ? <i>Adakah pesakit hamil ketika dimasukkan ke hospital? Jika ya, sudah berapa bulan?</i> b. Was the illness caused directly or indirectly by pregnancy/child birth/caesarian section/abortion miscarriage and all complications arising therefrom? <i>Adakah penyakit ini secara langsung atau tidak langsung berkaitan dengan kehamilan/ melahirkan anak/ pembedahan caesarian/ mengugurkan/ keguguran dan lain-lain kesakitan yang berkaitan?</i></p>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak _____ Months / Bulan <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
17.	<p>DECLARATION / PENGISYTIHARAN "I hereby certify that the information above are full, complete and true." <i>"Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat di atas adalah lengkap dan benar."</i></p> <hr/> <p>Signature and Stamp Of Attending Physician / Surgeon Hospital / Hospital <i>Tandatangan dan Cop Pegawai Perubatan / Pakar Bedah</i></p> Name of Physician / Surgeon Date / Tarikh <i>Nama Doktor / Pakar Bedah</i> _____ Address / Alamat _____ _____ _____	

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