

BORANG TUNTUTAN RAWATAN HOSPITAL KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT

1.	Nama Pesakit:	2. No. Kad Pengenalan:
3.	<u>Pendaftaran</u> Tarikh : Waktu : <u>Discaj</u> Tarikh : Waktu :	4. Jika masuk ke hospital adalah akibat Kemalangan, sila nyatakan : Tarikh kejadian kemalangan : Waktu : Jenis Kemalangan :
5.	Sila nyatakan tarikh pertama kali anda memberi rawatan kepada pesakit bagi penyakit/ kecederaan/ keadaan ini.	Tarikh :
6.	Adakah pesakit di rujuk kepada hospital anda oleh doktor yang lain? Jika ya, sila nyatakan nama dan alamat doktor tersebut.	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Nama : Alamat:
7.	Apakah simptom yang diberitahu oleh pesakit ketika pertama kali dia berjumpa dengan anda?	
8.	a. Berdasarkan maklumat yang diberi oleh pesakit, berapa lamakah dia telah mengalami simptom tersebut? b. Berapa lamakah yang anda rasakan simptom ini telah wujud?	
9.	Pernahkah pesakit menerima rawatan untuk simptom di atas sebelum ini? Jika ya, sila nyatakan nama, dan alamat doktor serta tarikh rawatan.	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Nama : Alamat: Tarikh :
10.	Adakah sebarang siasatan, ujian atau prosedur dilakukan? Jika ya, sila lampirkan satu salinan laporan siasatan yang disahkan daripada dokumen asal.	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
11.	Apakah diagnosis anda?	
12.	Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis tersebut? Jika ada, bila?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Tarikh :
13.	Apakah jenis rawatan perubatan yang diberi.	
14.	Untuk pembedahan: a. Jenis pembedahan yang dilakukan: b. Nama pakar bedah c. Tarikh pembedahan dilakukan	
15.	Adakah kemungkinan penyakit menghidapi penyakit kambuh?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
16.	Pernahkah pesakit diberi rawatan atau dimasukkan ke hospital ini atau lain-lain hospital untuk rawatan penyakit ini atau lain-lain penyakit-penyakit lain? Sila nyatakan:	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Tarikh : Hospital/Klinik : Penyakit :
17.	Untuk pesakit wanita sahaja a. Adakah pesakit hamil ketika dimasukkan ke hospital? Jika ya, sudah berapa bulan? b. Adakah penyakit ini secara langsung atau tidak langsung berkaitan dengan kehamilan/ melahirkan anak/ pembedahan <i>caesarian</i> / mengugurkan/ keguguran dan lain-lain kesakit yang berkaitan?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
18.	<u>Pengisytiharan</u> "Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat di atas adalah lengkap dan benar." _____ Nama doktor : Nama Hospital : Tarikh :	

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.

HOSPITALISATION & SURGICAL CLAIM ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT

1.	Patient's Name	2.	NRIC No.
3.	Period of Hospitalisation- Admission No: Date of Admission: Time : Date of Discharge: Time:	4.	If hospitalisation due to accident, please furnish: Date of Accident : Time : Nature of Accident :
5.	The date on which you first saw the patient for this illness/ injury/condition.	Date:	
6.	Was the patient referred to your hospital by any other doctor? If yes, please indicate his/her name and address	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Name : Address:	
7.	What were symptoms the patient complained when he/she first saw you?		
8.	a. According to patient, how long has she/he been experiencing these symptoms? b. How long do you feel these symptoms had lasted?		
9.	Had patient previously received any treatment for above symptoms? If so, please furnish name, address of doctors and date of consultation.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Name : Date : Address:	
10.	Have any investigation, test or procedure been performed? If so, please furnish a certified true copy of the result.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
11.	What was the diagnosis?		
12.	Did you inform the patient of the diagnosis? if so, when?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Date :	
13.	Nature of medical treatment given.		
14.	For surgery a. Nature of operation performed b. Name of surgeon c. Date surgery performed		
15.	Any possibility of patient having relapse?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
16.	Has the patient previously been treated or hospitalised in this or any other hospital for this or any disease? If yes, please state	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Date Hospital/Clinic : Disease/Illness :	
17.	For female only a. Was the patient pregnant at time of the hospitalisation? If so, for how many months? b. Was illness caused directly or indirectly by pregnancy/ child birth/caesarian section/abortion miscarriage and all complications arising therefrom?	<input type="checkbox"/> YES _____ months <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
18.	DECLARATION "I hereby certify that the information above are full, complete and true". <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>_____ Signature And Stamp Of Attending Physician/Surgeon</p> <p>_____ Name of Physician/Surgeon :</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>_____ Hospital :</p> <p>_____ Date :</p> </div> </div>		