



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen : HSAAS/URP/BR15
BORANG PERMOHONAN LAPORAN PERUBATAN
MEDICAL REPORT APPLICATION FORM

MAKLUMAT PEMOHON
APPLICANT INFORMATION

Nama Pemohon <i>Applicant Name</i>			
No. Kad Pengenalan/ Passport <i>I/C No./ Passport</i>			
Hubungan dengan Pesakit <i>Relationship with Patient</i>			
Alamat Pemohon <i>Applicant's Address</i>			
No. Tel. Rumah <i>Home Telephone No.</i>		No. H/P <i>Mobile Telephone No.</i>	

MAKLUMAT PESAKIT
PATIENT INFORMATION

Sila tandakan (/) di dalam kotak yang disediakan
Please tick (/) in the box below

Nama Pesakit <i>Patient's Name</i>					
No. Kad Pengenalan/ Passport <i>I/C No./ Passport</i>		MRN		Umur <i>Age</i>	
Jantina <i>Gender</i>	<input type="checkbox"/> Lelaki <i>Male</i>	<input type="checkbox"/> Perempuan <i>Female</i>	Klinik/ Wad <i>Clinic/Ward</i>		
Tarikh Mula Rawatan di Klinik Pakar/ Tarikh Masuk Hospital <i>Date of Treatment at the Specialist Clinic/ Date of Admission</i>					
Tarikh Keluar Hospital/ Tarikh Meninggal Dunia <i>Date of Discharge/ Date of Death</i>					

LAPORAN YANG DIPOHON
Report Requested

Sila tandakan (/) di dalam kotak yang disediakan
Please tick (/) in the box below

Borang Insurans/ Perkeso/ KWSP / Buruh 90 <i>Insurance/ SOCSO/ EPF Form/ Buruh 90</i>	(RM80)	<input type="checkbox"/>
Laporan Ringkas/ Pendapat disediakan oleh Pegawai Perubatan <i>Summary Report Prepared by Medical Officer</i>	(RM40)	<input type="checkbox"/>
Laporan Ringkas/ Pendapat disediakan oleh Pakar <i>Summary Report Prepared by Medical Specialist</i>	(RM80)	<input type="checkbox"/>
Laporan Terperinci yang Disediakan oleh Pakar <i>Detailed Report Prepared by Medical Specialist</i>	(RM200-RM1000)	<input type="checkbox"/>
Kes Mahkamah/ Peguam <i>Court Cases/ Lawyer</i>	(bermula RM200) <i>(starting from RM200)</i>	<input type="checkbox"/>
Lain-Lain, nyatakan <i>Other reports, please specify</i>		<input type="checkbox"/>

(Nota: Bagi Warga Asing caj Laporan Perubatan adalah dua kali ganda)
(Note: For Non-Citizen, medical report payment are doubled)

BUTIRAN BAYARAN
Details of Payment

<input type="checkbox"/> Pengecualian Bayaran untuk OKU/ Polis/ Jabatan Kerajaan/ Biro Bantuan Guaman/ BAT F117 untuk tentera <i>Payment Exemption for Disabilities/ Police/Government Department/ Legal Aid Department/ Army BAT F117</i>			
Bersama ini disertakan resit bernombor <i>I enclose my receipt no.</i>	<input type="text"/>	/ slip bank bernombor <i>/ bank slip no.</i>	<input type="text"/>
bertarikh <i>dated</i>	<input type="text"/>	berjumlah (RM) <i>amounted (RM)</i>	<input type="text"/>
(Ringgit Malaysia	<input type="text"/>		bagi bayaran tersebut. <i>for the fees charged.</i>

KEIZINAN DARIPADA PESAKIT/ WARIS**PATIENT/ LEGAL GUARDIAN CONSENT**

Saya membenarkan pihak hospital mengeluarkan Laporan Perubatan (*saya/pesakit) yang bernama;

*I do hereby authorize and consent hospital to release (*my/patient) Medical Report);*

nama penuh

full name

No. K/P / Passport

I/C No./ Passport No.

kepada pemohon.

to the applicant.

Dengan ini saya juga melepaskan pihak hospital dari sebarang tindakan perundangan yang berkaitan dengannya.

I hereby release the hospital from any legal action related to it.

Tandatangan/ Cap Jari

Signature/ Thumbprint

Nama Pesakit/ Waris

Patient's/ Legal Guardian Name :

No. K/Pengenalan

I/C No./Passport No.

Tarikh

Date :

Tandatangan

Signature

Saksi

Witness :

Nama

Name :

No. K/P

I/C No./Passport No. :

Sila Tandakan (/) Jika ada surat keizinan yang dibawa wakil

Please tick (/) if there is a letter of consent from representative

Saya bersetuju untuk menghantar dokumen pemulangan semula bayaran jika permohonan dibatalkan dalam tempoh tiga (3) bulan jika tidak bayaran tersebut akan disumbangkan ke dalam Tabung Kebajikan Hospital.

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT**FOR OFFICE USE ONLY**

Tandatangan/ *Signature* :

Nama staf bertugas/ *Officer's Name* :

Tarikh/ *Date* :

Resit No./ *Receipt No.* :

Tarikh Resit/ *Date of Receipt Issue* :

**Laporan Siap

***Completed Report*

Pos

Postage

Ambil Sendiri/Wakil

Self-pickup/ Beneficiary

KEPERLUAN BAGI PERMOHONAN LAPORAN PERUBATAN:**REQUIREMENTS FOR MEDICAL REPORT APPLICATION:**

1	Salinan Kad Pengenalan pemohon dan pesakit	<input type="checkbox"/>
2	Salinan Kad Pengenalan Waris Simati (Bagi kes kematian)	<input type="checkbox"/>
3	Salinan Kad Pengenalan Ibu/Bapa/ Penjaga yang sah (Bagi pesakit kanan-kanak bawah 18 tahun)	<input type="checkbox"/>
4	Salinan Buku Kad Rawatan Temujanji (Depan dan belakang)	<input type="checkbox"/>
5	Salinan Sijil Kematian/ Permit Penguburan (Kes Kematian)	<input type="checkbox"/>
6	Salinan Sijil Kahwin (Bagi membuktikan hubungan dengan pesakit)	<input type="checkbox"/>
7	Salinan Sijil Kelahiran (Bagi membuktikan hubungan waris dengan pesakit)	<input type="checkbox"/>
8	Borang-borang tuntutan berkaitan	<input type="checkbox"/>
9	Salinan Sijil Cuti Sakit (MC)	<input type="checkbox"/>
10	Surat keizinan ASAL bagi permohonan laporan perubatan hendaklah ditandatangani oleh pesakit sendiri atau ibu/bapa (jika pesakit adalah kanan-kanak)	<input type="checkbox"/>
11	Sekiranya pesakit telah meninggal dunia, surat keizinan adalah daripada waris yang sah daripada perundangan	<input type="checkbox"/>
12	Resit Pembayaran	<input type="checkbox"/>