

# Kenyataan Pakar Perubatan Yang Merawat (Tuntutan Kemalangan & Kemasukan Hospital)

## Attending Physician's Statement (Accident & Hospitalisation Claim)

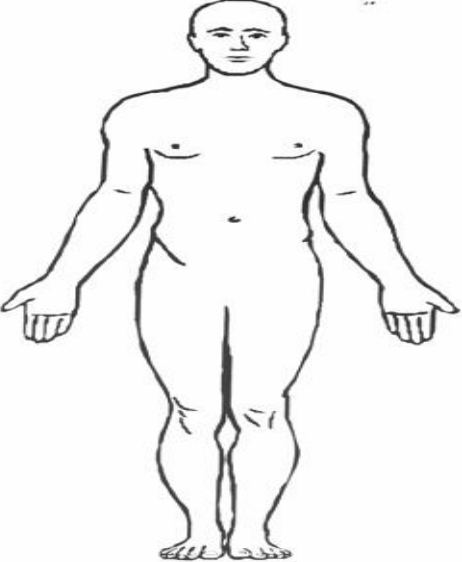
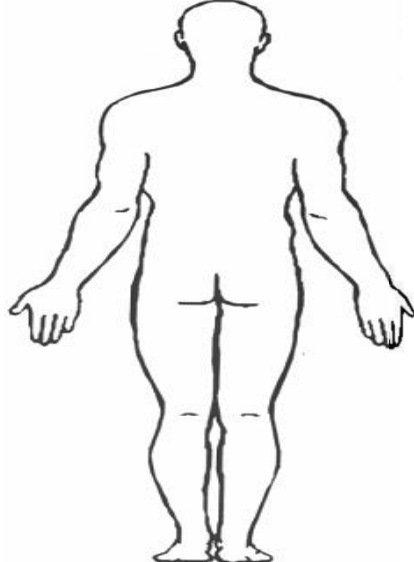


No. Tuntutan (Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja)/ Claim No. (For Office Use Only)									
1									
2									
3									
4									
5									
6									

### Arahan & Nota Penting / Instructions & Important Note:

- Borang ini perlu dilengkapkan oleh doktor yang merawat (yang merupakan Pengamal Perubatan yang layak dan berlesen untuk mengamalkan perubatan barat dan diamalkan mengikut skop pelesenan dan latihannya) di atas pembiayaan pihak Penuntut./ This form must be completed by the attending doctor (who is a registered Medical Practitioner qualified and licensed to practice western medicine and who is practising within the scope of his/her licensing/training) at claimant's expense.
- Doktor yang merawat dikehendaki menandakan (✓) & melengkapkan bahagian yang berkaitan di bawah./ The attending doctor is required to tick (✓) & complete the relevant part(s) below.
- Jika ruang tidak mencukupi, sila gunakan helaian kertas yang berasingan untuk maklum balas anda./ If there is insufficient space, please use a separate sheet/s of paper for your response.

Bahagian 1 - Butiran Peribadi Pesakit Part 1 – Patient's Personal Details			
1. Nama Name		2. No. KP/ Pasport NRIC/Passport No.	
3. No. Polisi Policy No.		4. No. Sijil Certificate No.	
5. Jantina Gender		6. Umur Age	
7. Berat Weight	(kg/ kg)	8. Ketinggian Height	(sm/ cm)
9. Pekerjaan Semasa Kejadian Occupation at time of Event		10. Deskripsi Kerja Job Description	

Bahagian 2 – Butiran Kemalangan (Untuk dilengkapkan jika kecederaan disebabkan kemalangan) Part 2 – Accident Details (To be completed if injuries were caused by accident)			
1. Tarikh & Masa Kemalangan Date & Time of Accident	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> & <input type="text"/> <input type="text"/> AM / <input type="text"/> <input type="text"/> PM	2. Tempat Kemalangan Place of Accident	
3. Bagaimana kemalangan ini berlaku? How did the accident occur?			
4. Diagnosis Penuh Full Diagnosis			
5. Adakah terdapat kecederaan luaran dan/atau yang nyata akibat daripada kemalangan ini? Were there any external and/or visible injuries seen as a result of this accident?			<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No
a) Jika ya, sila nyatakan keadaan atau tahap kecederaan termasuk lokasi, jenis, saiz, tahap dan lain-lain. If yes, please describe the full extent of injuries including location, type, size, severity etc.			
i) Adakah terdapat kecederaan patah?/ Was there any fracture? <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No Jika ya, sila nyatakan lokasi & jenis patah (AO/OTA/Gustilo)./ If yes, please state the location & fracture type (AO/OTA/Gustilo).			
ii) Adakah terdapat amputasi lengkap anggota?/ Was there any complete amputation? <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No Jika ya, sila nyatakan bahagian badan dan tahap amputasi (proksima, tengah, distal)./ If yes, please state the body and amputation level (proximal, middle, distal).			

iii) Adakah pada masa ini pesakit mengalami sebarang kehilangan anggota/ hilang upaya kekal disebabkan kemalangan?/ <i>Does the patient presently suffer from any permanent dismemberment/ disablement due to this accident?</i> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No</span> Jika ya, sila berikan butiran penuh termasuk jenis kehilangan, lokasi kecacatan & tahap kehilangan pergerakan./ <i>If yes, please provide full details including type of loss(es), location of deformity &amp; degree of loss of movement.</i>																
b) Jika tidak ada sebarang kecederaan luaran dan/atau yang nyata, sila jelaskan bukti lain yang sejajar dengan kemalangan seperti yang dituntut oleh pesakit./ <i>If no any external and/or visible injuries, please describe any other evidence that is consistent with the accident as claimed by the patient.</i>																
<b>6. Adakah kecederaan pesakit/ Are the patient's injury(ies):</b>																
a) Semata-mata disebabkan kemalangan ini? <i>Exclusively due to this accident?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No															
b) Merupakan komplikasi/kemerosotan disebabkan oleh kecederaan sebelumnya, penyakit atau sebarang sebab lain seperti ubat-ubatan, keadaan khayal, kecacatan fizikal dan lain-lain? Jika ya, sila berikan butiran penuh. <i>Is a complication/exacerbation of previous injury(ies), disease or any other cause(s) i.e drugs, intoxication, physical defects etc? If Yes, please provide full details.</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No															
<b>7. Adakah terdapat sebarang bukti (Klinikal / makmal) pengaruh alkohol /narkotik semasa kemalangan?</b> <i>Is there any evidence (Clinical/ laboratory) of alcohol/ narcotic influence during the accident?</i>																
<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No																
<b>8. Sila lukiskan kecederaan pada gambar rajah di bawah:</b> <i>Please illustrate the injury(ies) in the following diagrams.</i>																
		 Kepala (Hadapan)/ Head (Front)														
Badan (Hadapan)/ Body (Front)	Badan (Belakang)/ Body (Back)	 Kepala (Belakang)/ Head (Back)														
<b>9. (a) Tarikh Rundingan Terakhir</b> <i>Last Consultation Date</i>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">D</td> <td style="width: 20px;">D</td> <td style="width: 20px;">M</td> <td style="width: 20px;">M</td> <td style="width: 20px;">Y</td> <td style="width: 20px;">Y</td> </tr> </table>	D	D	M	M	Y	Y									
D	D	M	M	Y	Y											
<b>(b) Keadaan Bahagian Tercedera</b> <i>Condition of the injured part(s)</i>	<input type="checkbox"/> Pulih Sepenuhnya/ <i>Fully Recovered</i>	<input type="checkbox"/> Pemulihan/ <i>Recovering</i>	<input type="checkbox"/> Tiada Perubahan/ <i>No Improvement</i>	<input type="checkbox"/> Merosot/ <i>Deteriorating</i>												
<b>10. Adakah terdapat sebarang komplikasi lain untuk kecederaan pesakit? Jika ya, sila berikan butiran komplikasi &amp; pengurusannya./ Is there any other complication of the patient's injuries? If yes, please provide details of complication &amp; its management.</b>		<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No														
<b>11. Dengan mengambil kira pekerjaan pesakit, sila nyatakan tempoh hilang upaya seperti berikut:</b> <i>Keeping in view of the patient's occupation, please indicate the period of disability as follows:</i>																
a) Tarikh cuti sakit bermula & berakhir (Hilang Upaya Keseluruhan Sementara)/ <i>Date of commencement &amp; expiry of medical leaves (Temporary Total Disability)</i>	Dari/ From	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">D</td> <td style="width: 20px;">D</td> <td style="width: 20px;">M</td> <td style="width: 20px;">M</td> <td style="width: 20px;">Y</td> <td style="width: 20px;">Y</td> </tr> </table>	D	D	M	M	Y	Y	Hingga/ To	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">D</td> <td style="width: 20px;">D</td> <td style="width: 20px;">M</td> <td style="width: 20px;">M</td> <td style="width: 20px;">Y</td> <td style="width: 20px;">Y</td> </tr> </table>	D	D	M	M	Y	Y
D	D	M	M	Y	Y											
D	D	M	M	Y	Y											
a) Tarikh cuti sakit bermula & berakhir (Hilang Upaya Separa Sementara)/ <i>Date of commencement &amp; expiry of light duty (Temporary Partial Disability)</i>	Dari/ From	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">D</td> <td style="width: 20px;">D</td> <td style="width: 20px;">M</td> <td style="width: 20px;">M</td> <td style="width: 20px;">Y</td> <td style="width: 20px;">Y</td> </tr> </table>	D	D	M	M	Y	Y	Hingga/ To	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">D</td> <td style="width: 20px;">D</td> <td style="width: 20px;">M</td> <td style="width: 20px;">M</td> <td style="width: 20px;">Y</td> <td style="width: 20px;">Y</td> </tr> </table>	D	D	M	M	Y	Y
D	D	M	M	Y	Y											
D	D	M	M	Y	Y											

**Bahagian 3 – Butiran Penyakit (Untuk dilengkapkan jika kemasukan hospital disebabkan penyakit)**  
**Part 3 – Details of Illness (To be completed if hospitalisation was due to illness)**

1. Tarikh pertama rundingan untuk diagnosis semasa <i>Date of first consult for current diagnosis</i>	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>			D	D	M	M	Y	Y
D	D	M	M	Y	Y				
2. Simptom-simptom <i>Presenting Symptoms</i>									
3. Tarikh Simptom Pertama <i>Date First Symptoms</i>	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>		D	D	M	M	Y	Y	4. Tempoh Simptom <i>Duration of Symptoms</i>
D	D	M	M	Y	Y				
5. Diagnosis Terakhir <i>Final Diagnosis</i>									
6. Tarikh pesakit dimaklumkan mengenai diagnosis <i>Date patient informed of the diagnosis</i>	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>			D	D	M	M	Y	Y
D	D	M	M	Y	Y				
7. Apakah punca asas kepada penyakit ini? <i>What is the underlying cause?</i>									

**Bahagian 4 – Butiran Rawatan**  
**Part 4 – Details of Treatment**

1. Adakah pesakit ini dirujuk kepada anda? Jika ya, sila kemukakan salinan surat rujukan <i>Was this patient referred to you? If yes, please provide copy of referral letter.</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No	
2. Adakah keadaan perubatan pesakit boleh dirawat sebagai pesakit luar? <i>Can the patient's medical condition be managed on an outpatient basis?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No	
3. Adakah siasatan (i.e X-ray, ujian darah dan lain-lain) diambil? Jika ya, sila sertakan salinan keputusan. <i>Any investigation (i.e X-ray, blood test etc) done? If yes, please attach copies of the result.</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No	
4. Butiran rawatan yang diberikan dari rawatan pertama sehingga rawatan terakhir. <i>Details of treatment given from first consultation until last consultation.</i>		
<b>Tarikh Rundingan/ <i>Date of Consultation</i></b>	<b>Keadaan/Proses Pemulihan/ <i>Condition/Healing Progress</i></b>	<b>Rawatan (iaitu POP, backslab, jenis pembedahan/pengubatan luka, bilangan jahitan, fisioterapi dan lain-lain)/ <i>Treatment (i.e POP, backslab, type of surgery/dressing, number of stitches, physiotherapy etc)</i></b>
5. Adakah rawatan susulan/pemantauan diperlukan? <i>Is follow-up treatment/monitoring required?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No	
6. Adakah kemungkinan penyakit ini berulang? <i>Any possibility of having a relapse?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No	
7. Adakah diagnosis ini berkait seperti berikut.../ <i>Is the current diagnosis related to the following...</i>		

	Ya/ Yes	Tidak/ No
(a) Kongenital/ <i>Congenital</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Keturunan/ <i>Hereditary</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Gangguan Tidur/Emosi/Mental/ <i>Mental/Emotional/Sleeping Disorder</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Kehamilan/Kelahiran Anak/Keguguran/ <i>Pregnancy/Childbirth/Miscarriage</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Pemeriksaan Biasa atau Penyiasatan/ <i>Routine Examination or Investigation</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Kecederaan yang disengajakan/ <i>Self-inflicted Injury</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) Disebabkan oleh Alkohol/Dadah/ <i>Due to Alcohol/Drugs</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) Pembedahan Kosmetik/ <i>Cosmetic Surgery</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) Jangkitan Penyakit HIV/ <i>HIV Infection</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) Penyakit Merebak melalui Seks/ <i>Sexually Transmitted Disease</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(k) Lain-lain/ <i>Others</i> . Sila nyatakan/ <i>Please specify</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Sepanjang pengetahuan anda, adakah pesakit pernah mengalami mana-mana penyakit/ keadaan seperti berikut?  
*To your knowledge, has the patient suffered from any of the following illness/ condition?*

	Ya/ Yes	Tidak/ No	Tarikh Bermula/ Date of Onset
(a) Hiperlipidemia/ <i>Hyperlipidemia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YYYY
(b) Tekanan Darah Tinggi/ <i>Hypertension</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YYYY
(c) Kencing Manis/ <i>Diabetes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YYYY
(d) Sakit Jantung/ <i>Heart Disease</i> . Sila nyatakan/ <i>Please specify</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YYYY
(e) Strok/TIA/Epilepsi/ <i>Stroke/TIA/Epilepsy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YYYY
(f) SLE/Arthritis Reumatoid/ <i>SLE/Rheumatoid Arthritis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YYYY
(g) Kanser/Tumor/ <i>Cancer/Tumour</i> . Sila nyatakan/ <i>Please specify</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YYYY
(h) Penyakit atau Hilang Upaya yang lain/ <i>Any Other Illness or Disability</i> Sila nyatakan/ <i>Please specify</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DD / MM / YYYY

i) Jika jawapan untuk Soalan 8 (a) – (h) adalah Ya, sila beri maklumat tambahan./ *If any of the answers to Questions 8 (a) – (h) above is Yes, please provide additional details.*

Jenis Penyakit atau Hilang Upaya / <i>Nature of Illness or Disability</i>	Tarikh Rundingan/ <i>Date of Consultation(s)</i>	Diagnosis / <i>Diagnosis</i>	Tarikh Kemasukan & Keluar hospital (jika ada) / <i>Date of Admission &amp; Discharge (if any)</i>	Nama, Alamat & No. Tel Doktor / <i>Name, Address &amp; Tel No. of Doctor</i>

ii) Adakah pemulihan terganggu akibat daripada sebarang penyakit seperti yang dijelaskan di bawah Soalan 8?/  
*Was the recovery delayed as a result of any of the illness as explained under Question 8?*  
 Jika ya, sila nyatakan sejauh manakah pemulihan telah terganggu akibatnya./ *If yes, please state the nature to what extent the recovery was delayed thereby.*

Ya/ Yes     Tidak/ No

9. Butiran Pakar Perubatan lain yang merawat pesakit untuk kecederaan atau penyakit yang sama (jika ada)./ *Details of other physician(s) who treated the patient for the same injury or illness (if any).*

Nama / <i>Name</i>	No Tel / <i>Tel No</i>	Alamat Lengkap / <i>Full Address</i>

10. Butiran Kemasukan Hospital/ *Details of Hospitalisation*

a) Nama Hospital <i>Name of Hospital</i>			
b) Tarikh & Masa Kemasukan <i>Date &amp; Time of Admission</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AM <input type="text"/> PM	c) Tarikh & Masa Keluar <i>Date &amp; Time of Discharge</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AM <input type="text"/> PM
d) Jenis rawatan perubatan yang diberikan dan/atau pembedahan yang dijalankan <i>Nature of medical treatment given and/or surgery performed</i>			
e) Tarikh Pembedahan <i>Date of Surgery</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	f) Kod OPCS <i>OPCS Code</i>	
g) Nama Pakar Bedah <i>Name of Surgeon</i>			h) Nama Pakar Bius <i>Name of Anaesthetist</i>

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah memeriksa dan merawat pesakit akibat kecederaan/penyakit di atas secara peribadi. Saya dengan ini mengaku bahawa atas pengetahuan dan kepercayaan terbaik saya, jawapan dan kenyataan yang terkandung di dalam ini adalah lengkap dan benar, dan saya tidak menyembunyikan apa-apa fakta yang penting daripada Syarikat. Saya juga dengan ini mengesahkan bahawa maklumat di atas adalah betul seperti rekod dari hospital/klinik. Selanjutnya, saya memahami bahawa laporan ini boleh menjadi sebahagian bahan bukti dalam sebarang penilaian medico legal./ *I hereby declare that all the answers and statement are complete and true to the best of my knowledge belief and that I have withheld no material fact from the Company. I also hereby certify that the above information is correct as per record from the hospital/clinic. I further understand that my report may form part of the evidence in any medico legal assessment.*

Tandatangan Pakar Perubatan/ <i>Signature of Attending Physician</i>	Nama & Kelayakan Pakar Perubatan/ <i>Name &amp; Qualification of Attending Physician</i>	Cop Rasmi Hospital/ <i>Official Stamp of Hospital</i>
Tarikh/ <i>Date</i>	Alamat E-mel/ <i>Email Address</i>	No Telefon/ <i>Telephone No</i>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

**Zurich Life Insurance Malaysia Berhad**

Registration No. 196801000442 (8029-A)  
 Level 23A, Mercu 3, No 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia  
 Tel: 03-2109 6000 Fax: 03-2109 6888 Call Centre: 1-300-888-622  
 www.zurich.com.my

