

Soal Selidik Penyakit Batu Karang Saluran Kencing

Urinary Stone Questionnaire

No. Permohonan:

Application No.: _____

Nama Penuh:

Full Name: _____

- 1) Tarikh mula dikesan menghidap Penyakit Batu Karang Saluran Kencing?
When was the first you noted to have Urinary Stone?

- 2) Di manakah lokasi batu karang itu (misalnya buah pinggang, ureter, uretra atau pundi kencing)? Sebelah atau kedua-dua belah saluran kencing?
Where was the location of the stone (e.g. kidney, ureter, urethral or bladder)? Unilateral or bilateral?

- 3) Berapa banyak serangan yang telah anda alami setakat ini dan tarikh serangan terakhir?
How many attacks have you had so far and date of last attack?

- 4) Pernahkah anda diberitahu mengalami masalah buah pinggang? Jika YA, sila beri penjelasan lanjut.
Have you ever been told to have an abnormality of the kidney? If YES, please give particulars.

- 5) Adakah doktor menjalankan sebarang ujian di bawah? Jika YA, sila nyatakan tarikh dan keputusan untuk ujian terkini.

Did the doctor conduct any of the following tests? If YES, please provide date and results of the latest test.

	Tarikh/ Date	Keputusan/ Result
a) Air Kencing/ Urine	_____	_____
b) Ujian Fungsi Buah Pinggang <i>Kidney Function Test</i>	_____	_____
c) Pengimejan radiologi saluran kencing/ <i>Radiological imaging of urinary tract</i>	_____	_____

- 6) Sila nyatakan butir-butir rawatan (contohnya pembedahan, perubatan, peletupan laser dan lain-lain) dan tarikh rawatan diberikan.
Please state details of treatment (e.g. operation, medication, laser blasting etc) and date of the treatment given.
-

- 7) Adakah anda masih menerima rawatan atau perubatan?
Are you still under treatment or medication?
-

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ya | Tidak |
| | Yes | No |
| 8) Adakah anda sembuh sepenuhnya? Jika YA, sejak bila?
<i>Are you fully recovered? If YES, since when?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

Jika TIDAK, sila jelaskan simptom dan beri butir-butir.
If NO, state symptom and give particulars.

- 9) Nama dan alamat doktor yang merawat anda. / *Name and address of your Attending Physician(s).*
-

Saya mengaku bahawa jawapan yang telah saya berikan adalah, sepanjang pengetahuan saya, benar dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat penting yang mungkin akan mempengaruhi penilaian atau penerimaan permohonan ini.

Saya bersetuju bahawa borang ini akan menjadi sebahagian daripada permohonan insurans saya dan kegagalan untuk mendedahkan mana-mana fakta penting yang saya ketahui berkemungkinan membatalkan kontrak.

I declare that the answers I have given are, to the best of my knowledge, true and that I have not withheld any material information that may influence the assessment or acceptance of this application.

I agree that this form will constitute part of my application for insurance and that failure to disclose any material fact known to me may invalidate the contract.

Tandatangan:
Signature:

Tarikh:
Date:

Nota / Notes :

1. Borang ini mestilah dilengkapkan oleh orang yang dinyatakan dalam surat penyata permintaan tertunggak yang dikeluarkan. / *This form must be completed by the person specified in the deferment letter issued.*
2. Sekiranya orang yang dinyatakan dalam surat penyata permintaan tertunggak berumur kurang dari 16 tahun, borang ini mestilah ditandatangani oleh pemohon. / *If the specified person stated in the deferment letter is less than 16 years old, the form must be signed by the applicant.*