

**ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**  
**KENYATAAN DOKTOR**

**Instruction/Arahan :** Please tick the relevant benefit in the box below /*Sila tandakan faedah yang berkenaan di dalam kotak yang disediakan*

**Admission -Hospitalisation**

**Admission - Day Surgery / Day Care**

To be completed by the Doctor who treated the Person Covered during admission. Any fees charged for this statement is payable by the Claimant. Note to doctor : Kindly use extra page or paper where space provided is not sufficient for your reporting. / *Untuk dilengkapkan oleh Doktor yang merawat Orang Yang Dilindungi sewaktu dimasukkan ke hospital. Sebarang caj yang dikenakan untuk kenyataan ini hendaklah dibayar oleh Penuntut. Nota untuk doktor: Sila gunakan kertas lain di mana ruang yang disediakan tidak mencukupi untuk laporan tuan.*

1. Patient's Name / *Nama Pesakit :*

2. Certificate Number / *Nombor Sijil :*

3. IC No. / *Nombor K/P :*      4. Sex / *Jantina :*      5. Date of birth / *Tarikh Lahir :*      6. Age / *Umur :*      7. Height & Weight / *Tinggi & Berat :*

8. Admission No. / *No. Kemasukan :*

a) Admission Date / *Tarikh Masuk*

-   -   (DD/MM/YY)      approximately / *lebih-kurang*        :   (am/pm)

b) Discharge Date / *Tarikh Keluar*

-   -   (DD/MM/YY)      approximately / *lebih-kurang*        :   (am/pm)

9. If admission is due to accident please furnish / *Sekiranya kemasukan disebabkan oleh kemalangan*

a) When did it occur / *Bila ia berlaku?*

-   -   (DD/MM/YY)      approximately / *lebih-kurang*        :   (am/pm)

b) Nature and details of accident / *Keadaan dan butir-butir kemalangan :*

c) Injury (ies) sustained / *Kecederaan yang dialami :*

10. The date on which you first saw the patient for this illness/injury/condition. / *Tarikh anda pertama kali menemui pesakit untuk penyakit/kecederaan/keadaan ini :*

11. Was the patient referred to you by any other doctor? If yes, please indicate  
*Adakah pesakit dirujuk kepada anda oleh doktor lain? Sekiranya ya, sila berikan*

Yes / *Ya*

No / *Tidak*

a) Name of doctor & clinic or hospital / *Nama doctor dan klinik atau hospital :*

b) Address of the clinic or hospital / *Alamat klinik atau hospital :*

12. Has the patient previously been treated for the **same illness** whether in this hospital or in any other hospital?

Yes / *Ya*

No / *Tidak*

If yes, Please state details of past medical history as below :- *Pernahkah sebelum ini pesakit dirawat untuk penyakit ini sama ada di hospital ini atau hospital lain? Jika ya, Sila nyatakan sejarah perubatan lalu sebagaimana di bawah :*

Date / *Tarikh*

Hospital/Clinic / *Hospital/Klinik*

Diagnosis/Illness/Disease / *Diagnosis/Penyakit*

Treatment / *Rawatan*

13. Has the patient previously been treated for **any other illness** whether in this hospital or in any other hospital? /  Yes / Ya  No / Tidak  
 Pernahkah sebelum ini pesakit dirawat untuk penyakit lain sama ada di hospital ini atau hospital lain?  
 If yes, please state medical history. / Jika ya, sila nyatakan sejarah perubatan lalu :  
Date / Tarikh      Hospital/Clinic / Hospital/Klinik      Diagnosis/Illness/Disease / Diagnosis/Penyakit      Treatment / Rawatan

14. What were the sign(s) and symptom(s) that the patient relate to you when he/she first saw you that required admission? / Apakah butiran penuh gejala-gejala dan tanda-tanda yang diberitahu oleh pesakit sewaktu beliau mula-mula menemui tuan di mana memerlukan kemasukkan ke hospital ?

15. a) According to the patient, how long has he/she had the above symptom(s)? / Menurut pesakit, berapa lamakah beliau telah mengalami gejala-gejala tersebut?

b) Please advise all relevant contributing past history pertaining to the symptoms and illness. / Sila berikan semua sejarah kesihatan lalu yang berkaitan dengan gejala-gejala dan penyakit.

c) Please advise if there is any patient's family history which would have increased the risk. / Sila berikan apa-apa pada sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko.

16. Please state all investigations, tests or procedures which have been performed. (Please furnish a certified true copy of the result) / Sila nyatakan semua siasatan ujian atau prosedur yang telah dijalankan. (Sila berikan salinan keputusan yang telah disahkan)

Date / Tarikh      Name of investigation/test/procedure / Nama penyiasatan/ujian/prosedur      Test result / Keputusan ujian

17. What was the final diagnosis? / Apakah diagnosis terakhir?

18. When was the patient informed of the above diagnosis? / Bilakah pesakit diberitahu mengenai diagnosis di atas?

19. Is the illness related either directly or indirectly due to any of the following? / Adakah penyakit yang dinyatakan berkaitan secara langsung atau secara tidak langsung dengan salah satu perkara yang dinyatakan di bawah?

- a. Pregnancy / Childbirth / Infertility / Premature Birth / Caesarean section / Miscarriage or any complications arising therefrom  Yes / Ya  No / Tidak  
 Mengandung / Kelahiran anak / Ketidaksuburan / Kelahiran Pra-Matang / Pembedahan Caesarean / Keguguran ataupun lain-lain komplikasi berkaitan
- b. Congenital / Hereditary diseases / Degenerative Disorder  Yes / Ya  No / Tidak  
 Kongenital / Penyakit diwarisi / Gangguan Degenerasi
- c. Influence of Drugs / Alcohol  Yes / Ya  No / Tidak  
 Di bawah pengaruh Dadah / Alkohol
- d. Nervous / Mental / Emotional / Sleeping Disorder  Yes / Ya  No / Tidak  
 Kecacatan Saraf / Mental / Emosi / Gangguan Tidur
- e. Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction  Yes / Ya  No / Tidak  
 Sebab kosmetik / Penjagaan pergigian / Pembetulan masalah penglihatan
- f. AIDS / HIV Positive / STD / Venereal Disease  Yes / Ya  No / Tidak  
 AIDS / Positif HIV / STD / Penyakit Kelamin
- g. Self-inflicted injuries / Violation of laws / Strike / Riots  Yes / Ya  No / Tidak  
 Mencederakan diri sendiri / Melanggar undang-undang / Mogok / Rusuhan
- h. Routine Examination  Yes / Ya  No / Tidak  
 Pemeriksaan Rutin
- i. Others, please specify: / Lain-lain, sila nyatakan : \_\_\_\_\_
- j. If "Yes" to any of the above, please provide details: \_\_\_\_\_  
 Sekiranya "Ya" terhadap mana-mana soalan di atas, sila nyatakan dengan lebih lanjut :

20. For female only / Untuk wanita sahaja :

a. Was the patient pregnant at time of hospitalisation? If so, for how many months? /  
Adakah pesakit mengandung sewaktu dimasukkan ke hospital? Jika ya, sudah berapa bulan?

b. Was the illness caused directly or indirectly related to pregnancy / childbirth / caesarean section / miscarriage or any complications arising there from? / Adakah penyakit disebabkan secara langsung atau tidak langsung kepada mengandung / kelahiran an ak /pembedahan Caesarean / keguguran atau sebarang komplikasi yang timbul darinya?

Yes / Ya - Please Clarify / Sila Jelaskan : \_\_\_\_\_

No / Tidak - Please Clarify / Sila Jelaskan : \_\_\_\_\_

21. What medical advice was given to the patient pertaining to the diagnosis? / Apakah nasihat perubatan yang diberikan kepada pesakit berkenaan diagnosis?

22. Nature of treatment given / Jenis rawatan yang diberikan : Date / Tarikh

a)

b)

23. For Surgery / Untuk pembedahan

a. Nature of operation performed / Jenis pembedahan yang dijalankan  
MMA code / PHFSR code:

b. Name of surgeon / Nama pakar bedah

c. Date of surgery performed / Tarikh pembedahan dijalankan

I hereby certify that I have personally examined and treated the patient for his/her injuries or illnesses described above and that the facts as stated above are all true to the best of my knowledge. / Saya mengesahkan di sini bahawa saya sendiri telah memeriksa dan merawat pesakit ini untuk kecederaan atau penyakit yang dinyatakan di atas dan kenyataan yang disebutkan di atas adalah benar setakat yang saya ketahui.

Signature of Attending Physician : \_\_\_\_\_  
Tandatangan doktor yang merawat

Signature of Attending Physician : \_\_\_\_\_  
Tandatangan doktor yang merawat

Name & Qualification of Doctor : \_\_\_\_\_  
Nama & Kelayakan Doktor

Name & Qualification of Doctor : \_\_\_\_\_  
Nama & Kelayakan Doktor

Name and address of hospital/clinic : \_\_\_\_\_  
Nama dan alamat hospital/klinik

Name and address of hospital/clinic : \_\_\_\_\_  
Nama dan alamat hospital/klinik