



هوڠ ليونڠ م. س. ا. ج. تكافل

**HongLeong MSIG Takaful**

\*Certificate No./ No. Sijil : \_\_\_\_\_

\*No. Tuntutan / Claim No.: \_\_\_\_\_

\*Dilengkapkan sendiri oleh pihak penuntut atau peserta/ *To be completed by the claimant or the participant.*

**LAPORAN DOKTOR YANG MERAWAT UNTUK TUNTUTAN MANFAAT KEILATAN KEKAL SEPARA  
MEDICAL ATTENDANT'S REPORT ON PARTIAL AND PERMANENT DISABILITY CLAIM**

(Borang ini hendaklah dilengkapkan oleh seorang pengamal perubatan yang berdaftar atas perbelanjaan peserta/ pihak menuntut.)  
(*This report is to be completed by the registered medical practitioner at the own expense of Participant / Claimant.*)

<p>1. a) Nama Peserta <i>Name of Participant</i></p> <p>b) No. Kad Pengenalan <i>NRIC No.</i></p> <p>c) Pekerjaan pada masa kehilangan disability <i>Occupation at time of disability</i></p>	<p>a)</p> <p>b) Baru / New: Lama / Old:</p> <p>c)</p>
<p>2.a) Tarikh kehilangan keupayaan bermula <i>Date when disability began</i></p> <p>b) Jika kehilangan keupayaan disebabkan oleh kemalangan, sila berikan: <i>If disability was due to accident, please provide:</i></p> <p>i. Tarikh kemalangan <i>Date of accident</i></p> <p>ii. Masa <i>Time</i></p> <p>iii. Keadaan kemalangan yang lengkap <i>Full circumstances of the accident</i></p> <p>iv. Adakah terdapat kecederaan luaran atau yang boleh dilihat ketika rundingan pertama akibat kemalangan tersebut? Jika YA, sila nyatakan tahap kecederaan yang dialami termasuk tempat dan lain-lain ciri seperti yang dilihat oleh anda. <i>Were there any external and visible injuries seen at your 1st consultation as a result of an accident? If YES, please describe the extent of injuries including the site and other characteristic features as seen by you.</i></p> <p>iv. a) Lokasi, saiz dan kedalaman luka (cm) <i>Location, size and depth of wound (cm)</i></p> <p>b) Jenis dan lokasi keretakan (jika ada) <i>Type and the location of the fracture (if any)</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>i.</p> <p>ii.</p> <p>iii.</p> <p>iv. <input type="checkbox"/> YA/YES <input type="checkbox"/> TIDAK/NO Sila nyatakan/ <i>Please describe:</i></p> <p>iv. a)</p> <p>b) Jenis/Type : Lokasi/ Location :</p>

c) Jika kehilangan keupayaan disebabkan oleh penyakit, sila berikan:

*If disability was due to illness, please provide:*

- i. Diagnosis  
*Diagnosis*
- ii. Tarikh kali pertama diagnosis dibuat  
*Date when diagnosis was first established*
- iii. Tarikh kali pertama pesakit dimaklumkan mengenai diagnosis tersebut  
*Date when patient was first informed of the diagnosis*
- iv. Nama dan alamat doktor pertama yang telah membuat diagnosis tersebut  
*Name and address of doctor who first established the diagnosis*

d) Untuk kehilangan anggota/ Jari-jari tangan atau kaki, bahagian mana yang terlibat?  
*For amputation/ Loss of finger/toes, which finger/toe was amputated?*

i) Tahap pemotongan?  
*Amputation on what level?*

c)

i.

ii.

iii.

iv.

d)  Kiri/Left  Kanan/ Right

Tangan /Hand

Ibu Jari  Jari Ke-2  Jari Ke-3  
*Thumb index finger middle finger*

Jari Ke-4  Jari Ke-5  
*Ring Finger Little Finger*

Kaki/ Leg

Ibu Jari  Jari Ke-2  Jari Ke-3  
*Big Toe 2<sup>nd</sup> Toe 3<sup>rd</sup> toe*

Jari Ke-4  Jari Ke-5  
*4<sup>th</sup> Toe 5<sup>th</sup> Toe*

i)  Proksimal  Tengah  Distal  Hujung  
*Proximal Middle Distal Tip*

<p>3. Sila berikan tarikh-tarikh perjumpaan dan nama dan alamat semua doktor yang telah dijumpai oleh pesakit ini berkenaan keadaan/kehilangan keupayaan seperti berikut:  <i>Please provide dates of consultation and names and addresses of all doctors consulted by this patient for this condition / disability as follows:</i></p> <p>a) Doktor pertama yang dijumpai.  <i>Doctor first consulted.</i></p> <p>i. Nama Doktor/ <i>Doctor's name</i></p> <p>ii. Nama Hospital/Klinik  <i>Hospital/ Clinic's name</i></p> <p>iii. No. Telefon/ <i>Telephone No.</i></p> <p>b) Semua doktor lain yang dijumpai kemudiannya.  <i>All doctors subsequently consulted.</i></p> <p>i. Nama Doktor/ <i>Doctor's name</i></p> <p>ii. Nama Hospital/Klinik  <i>Hospital/ Clinic's name</i></p> <p>iii. No. Telefon/ <i>Telephone No.</i></p>	<p>a)</p> <p>i.</p> <p>ii.</p> <p>iii.</p> <p>b)</p> <p>i.</p> <p>ii.</p> <p>iii.</p>
<p>4. a) Jenis rawatan dan nasihat yang telah diberikan berkenaan keadaan/kehilangan keupayaan ini.  <i>Type of treatment and advice being given for this condition/disability.</i></p> <p>b) Jenis pembedahan yang dilakukan dan tarikh pembedahan.  <i>Type of surgery being performed and date of surgery.</i></p> <p>c) Jenis rawatan perubatan yang masih diteruskan.  <i>Type of treatment that is still on going.</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>
<p>5. Sila nyatakan segala rungutan dan kehilangan keupayaan yang pesakit masih mengadu dialaminya pada masa ini atau pada masa pemeriksaan terakhirnya dengan anda.  <i>Please state all the complaints and disabilities that the patient still claims to suffer from currently or on date of his/her last consultation with you.</i></p>	

<p>6.a) Has the patient's condition improved, deteriorated or remained the same on last consultation date? Adakah keadaan pesakit bertambah baik, merosot atau tetap seperti dulu pada tarikh terakhir perjumpaan?</p> <p>b) Is there any rehabilitation that would help to improve the patient's condition? If so, please give details. Adakah apa-apa pemulihan yang mungkin membantu memperbaiki keadaan pesakit? Jika ada, sila berikan butiran.</p> <p>c) Adakah keadaan / kehilangan keupayaan pesakit pada masa ini dijangka menjadi kekal? <i>Is the patient's current condition/disability expected to be permanent?</i></p> <p>d) Jika keadaan adalah tidak kekal, ke tahap mana pemulihan dijangka dan bilakah pemulihan dijangka bermula? <i>If the condition is not permanent, to what extent is recovery expected and when is recovery expected to began?</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>d)</p>
<p>7.a) Jika keadaan pesakit adalah kekal, adakah keadaan ini akan menghalangnya dari: <i>If patient's condition is permanent, would the condition prevent the patient from:</i></p> <p>i. Melaksanakan hanya pekerjaannya sahaja? <i>Performing his/her own occupancy only?</i></p> <p>ii. Melaksanakan pekerjaan sendiri dan juga pekerjaan yang lain? <i>Performing patient's own occupation and also any other occupation?</i></p> <p>b) Sila nyatakan tarikh pesakit didapati tidak dapat bekerja langsung dari segi perubatan, jika ada. <i>Please state the date when patient is medically boarded out, if any.</i></p>	<p>a)</p> <p>i)</p> <p>ii)</p> <p>b)</p>

<p>8. Pernahkah pesakit didiagnosis/mengalami yang berikut:  <i>Had the patient been diagnosed/suffered form the following:</i></p> <p>a) Kehilangan keupayaan dahulu yang sama / serupa  <i>Same / similar condition previously</i></p> <p>b) Hipertensi  <i>Hypertension</i></p> <p>c) Melitus Kencing Manis  <i>Diabetes Mellitus</i></p> <p>d) Penyakit Jantung  <i>Heart Disease</i></p> <p>e) Apa-apa penyakit serius yang lain  <i>Any other serious illness(es)</i></p> <p>Jika ya, sila berikan butiran seperti diagnosis, tarikh permulaan/diagnosis dan nama dan alamat kesemua doktor yang telah dijumpai.  <i>If so, please provide details such as diagnosis, date of onset/diagnosis, names and addresses of doctors seen.</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>d)</p> <p>e)</p>
<p>9. Apa-apa maklumat lain yang berkaitan dengan keadaan / kehilangan keupayaan pesakit.  <i>Please give any other information which you feel would be helpful in the assessment of your patient's claim.</i></p>	



Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya sendiri telah memeriksa dan merawat pesakit untuk kecederaan yang dialami beliau seperti tersebut di atas dan bahawa fakta yang dinyatakan di atas mewakili pendapat perubatan saya berhubung keadaan beliau.  
*I hereby certify that I have personally examined and treated the patient for his/her injuries described above and the facts as stated above represent my medical opinion on his/her condition.*

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Pakar Perubatan/ *Signature of Attending Physician*

Nama & Alamat (Cop Rasmi):  
*Name & Address (Official Stamp):*

Kelayakan/ *Qualification:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tarikh/ *Date:* \_\_\_\_\_ (dd/mm/yy)

No. Telefon : \_\_\_\_\_  
*Telephone No:*

Untuk tujuan pengenalan, pesakit perlu menurunkan tandatangannya di bawah kehadiran pakar perubatan.  
*For the purpose of identification, the patient must sign his/her name below in the presence of the Attending Physician.*

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Pesakit/ *Patient's Signature*

Nama/Name : \_\_\_\_\_

No. KP/NRIC no : \_\_\_\_\_

Tarikh/Date : \_\_\_\_\_ (dd/mm/yy)

**Additional Information:**

- i. Kegunaan kertas tambahan adalah dibenarkan sekiranya ruangan yang disediakan tidak mencukupi untuk laporan anda  
Additional usage of paper is allowed to insufficient space for reporting
- ii. Sila melampirkan salinan laporan dari mana-mana pakar atau hospital, bersama dengan apa-apa ujian, bacaan, atau bukti-bukti yang berkenaan bagi menyokong kesahihan tuntutan pesakit anda. (jika ada)  
*Please provide copies of any specialist or hospital reports, together with any tests, readings, or similar evidence to support the validity of your patient's claim.(if any)*