

1. MAKLUMAT PEMOHON / DETAILS OF APPLICANT			
Nama Pemohon <i>Name of Applicant</i> :			
No. Kad Pengenalan <i>Identity Card No.</i> :		Hubungan dengan pesakit <i>Relationship</i> :	
Alamat Pemohon <i>Address of Applicant</i> :			
Tel (Rumah / <i>Home</i>) :		Tel (Bimbit / <i>Mobile</i>) :	Email :
2. MAKLUMAT PESAKIT / PATIENT INFORMATION			
Nama Pesakit <i>Name of Patient</i> :		No. Pendaftaran Pesakit <i>Patient Registration No.</i> :	
No. Kad Pengenalan <i>Identity Card No.</i> :		Pasport <i>Passport</i> :	
Jantina / <i>Gender</i> : Lelaki / <i>Male</i> <input type="checkbox"/>		Perempuan / <i>Female</i> <input type="checkbox"/>	Umur / <i>Age</i> :
3. MAKLUMAT RAWATAN / TREATMENT INFORMATION			
Rawatan di Klinik <i>Treatment in Clinic</i> :		Tarikh <i>Date</i> :	
Rawatan di Wad <i>Treatment in Ward</i> :		Tarikh <i>Date</i> :	Hingga <i>Until</i> :
4. JENIS PERMOHONAN DAN TUJUAN (Sila tandakan ✓) / TYPE OF APPLICATION AND PURPOSE (Please tick ✓)			
Jenis / Type :		Tujuan / Purpose :	
i. Laporan Perubatan / <i>Medical Report</i> <input type="checkbox"/>		i. Tuntutan gantirugi melalui peguam / <i>Claim for compensation by lawyer</i> <input type="checkbox"/>	
ii. Laporan Bedah Siasat / <i>Post Mortem Report</i> <input type="checkbox"/>		ii. Rujukan majikan / <i>Employer reference</i> <input type="checkbox"/>	
iii. Borang Tuntutan Insurans / <i>Insurance Claim Form</i> <input type="checkbox"/>		iii. Tuntutan Insurans / <i>Insurance Claim</i> <input type="checkbox"/>	
iv. Borang Pengeluaran KWSP / <i>EPF Withdrawal Form</i> <input type="checkbox"/>		iv. Pengeluaran KWSP / <i>EPF Withdrawal</i> <input type="checkbox"/>	
v. Borang PERKESO / <i>SOCSSO Form</i> <input type="checkbox"/>		v. Tuntutan PERKESO / <i>SOCSSO Claim</i> <input type="checkbox"/>	
vi. Lain-lain / <i>Others</i>		vi. Lain-lain / <i>Others</i>	
5. BUTIRAN BAYARAN / DETAILS OF PAYMENT			
Bersama ini disertakan Cek syarikat /Kiriman Wang Pos atas nama PUSAT PERUBATAN UNIVERSITI MALAYA atau Wang Tunai bagi bayaran laporan perubatan / Enclosed herewith <i>company cheque / Money Order / Cash</i> for payment for the report:			
RM (Ringgit Malaysia		Company cheque / Money Order no. :	
6. KEIZINAN UNTUK MENGELUARKAN MAKLUMAT / CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION			
Dengan permohonan ini, saya memberi kuasa kepada pihak Pusat Perubatan Universiti Malaya dan kakitangannya untuk mengeluarkan sebahagian daripada atau kesemua maklumat yang terkandung dalam rekod perubatan saya sendiri/rekod perubatan waris saya yang tersebut di atas kepada: <i>With this application, I hereby authorize University Malaya Medical Centre and staff to disclose part or all of the information contained in my medical records / my next-of-kin's medical records as mentioned above to :</i>			
.....			
.....			
.....			
(Nama Dan Alamat Perseorangan Atau Pertubuhan / Name and Address of Individual or Organization)			
dan dengan ini juga melepaskan pihak Pusat Perubatan Universiti Malaya dan kakitangannya daripada sebarang tanggungjawab dan tanggungan undang-undang yang mungkin berbangkit daripada keizinan ini. <i>and hereby absolve University Malaya Medical Centre and staff from all responsibility and liability that may arise from this consent.</i>			
Tandatangan <i>Signature</i> :		Tandatangan <i>Signature</i> :	
Nama Pesakit/Waris <i>Name of Patient /Next-of-Kin</i> :		Nama Saksi <i>Name of witness</i> :	
No. Kad Pengenalan <i>Identity Card No.</i> :		No. Kad Pengenalan <i>Identity Card No.</i> :	
Tarikh <i>Date</i> :		Tarikh <i>Date</i> :	
7. KAEDAH PENGHANTARAN (Sila tandakan ✓) / METHOD OF DELIVERY (Please tick ✓)			
i. Pos berdaftar / <i>Registered post</i> <input type="checkbox"/>		ii. Pos biasa / <i>Normal post</i> <input type="checkbox"/>	iii. Pungutan melalui kaunter / <i>Collection at counter</i> <input type="checkbox"/>
8. UNTUK KEGUNAAN PEJABAT / FOR OFFICE USE			
Permohonan diterima oleh Nama :		Pesakit menandatangani borang keizinan di kaunter Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>	
Tandatangan :			

- a. Tidak boleh membuat tuntutan wang apabila laporan perubatan telah disiapkan oleh pengamal perubatan.
Cancellation of application will not be accepted and no refund will be given when medical report has been completed by medical practitioner.
- b. Permohonan ini tidak boleh dianggap sebagai persetujuan/kontrak bahawa PPUM mesti menyediakan laporan perubatan.
This application shall not be construed as an agreement / contract that University Malaya Medical Centre shall provide the medical report.
- c. Bagi pungutan melalui kaunter, hanya pesakit atau wakil yang membawa surat kuasa sahaja yang dibenarkan mengambil laporan. Sekiranya tidak diambil dalam tempoh dua minggu laporan tersebut akan dihantar secara pos.
For collection to be done at counter, only patient or representative with authorization letter from patient or applicant will be allowed to collect the medical report. Uncollected medical reports will be sent by post after two weeks.
- d. Pastikan maklumat rawatan (bahagian 3) diisi dengan jelas menyatakan tempat dan tarikh rawatan serta jenis penyakit untuk penyediaan laporan perubatan.
Ensure that information related to treatment (section 3) is written clearly with time and place of treatment.
- e. Jika pesakit tidak dapat melakukannya dengan baik dari segi fizikal atau mental, bagi mengizinkan untuk mengeluarkan maklumat dan mesti mendapat pengesahan daripada pengamal perubatan.
For patient who is not fit physically or mentally to provide consent, confirmation from medical practitioner shall be needed.
- f. Permohonan boleh dibuat oleh / *Application can be made by:*
 - i. PESAKIT (sendiri) / *PATIENT (self)*
 - a. Salinan Kad Pengenalan / *Copy of Identify Card*
 - b. Salinan kad temujanji / ringkasan discaj / *Copy appointment card / discharge summary*
 - ii. IBU/BAPA (pesakit berumur 18 tahun ke bawah, anak telah meninggal dunia dan tidak berkahwin)
PARENTS (patient below the age of 18 years, deceased child or deceased unmarried patient)
 - a. Salinan sijil lahir pesakit / *Copy of patient's birth certificate*
 - b. Salinan Kad Pengenalan Ibu bapa / *Copy of parent's Identify Card*
 - c. Salinan kad temujanji/ringkasan discaj / *Copy appointment card / discharge summary*
 - d. Borang Pengesahan Bujang/Waris (BK-MIS-1163) / *Marital status / next-of-kin endorsement Forms (BK-MIS-1163)*
 - iii. SUAMI/ISTERI (sekiranya pesakit iaitu pasangan) telah meninggal dunia.
HUSBAND /WIFE (if the patient's spouse is deceased)
 - a. Salinan Kad Pengenalan pemohon / *copy of the applicant's identity card*
 - b. Salinan Sijil Perkahwinan / *Copy of marriage certificate*
 - c. Salinan Sijil Kematian pesakit (yang telah disahkan benar) / *Copy of the patient's Death Certificate (Certified True Copy).*
 - d. Salinan kad temujanji / ringkasan discaj / *Copy appointment card / discharge summary*
 - iv. ADIK BERADIK (sekiranya tiada waris terdekat lain yang layak iaitu ibu, bapa, isteri atau anak yang berumur 18 tahun ke atas)
SIBLINGS (if no others eligible next-of- kin such as mother, father, wife or children aged 18 years and above)
 - a. Salinan Kad Pengenalan pemohon.
Copy of the applicant's identity card
 - b. Salinan Sijil Kelahiran pemohon dan pesakit
Copy of the birth certificate of the applicant and patient
 - c. Salinan Sijil Kematian pesakit (yang telah disahkan benar)
Copy of the patient's Death Certificate (Certified True Copy).
 - d. Salinan Sijil Kematian ibu, bapa, isteri dan anak berumur 18 tahun ke atas (yang telah disahkan benar)
Copies of Death Certificate of mother, father, wife and children aged 18 years and above (Certified True Copy)
 - e. Salinan Sijil Perceraian (sekiranya pesakit bercerai)
Copy of divorce certificate (if patient is divorced)
 - f. Salinan kad temujanji / ringkasan discaj
Copy of appointment card / discharge summary
 - v. AGEN / WAKIL (insurans, peguam) sila rujuk i, ii, iii atau iv mana yang berkenaan
AGENT / REPRESENTATIVE (insurance, lawyers) please refer to the statement i, ii, iii or iv whichever applicable.