



**KEIZINAN PERMOHONAN LAPORAN PERUBATAN /
SURAT PERAKUAN PERUBATAN**

CONSENT APPLICATION FOR MEDICAL REPORT / CONFIRMATION LETTER

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/Home) :	Tel (Bimbit/Mobile) :	Email :

2. MAKLUMAT PESAKIT / PATIENT INFORMATION

Nama Pesakit <i>Name of Applicant</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> : <input type="checkbox"/> 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 / <i>Type</i> :	Tujuan / <i>Purpose</i> :
i. Laporan Perubatan / <i>Medical Report</i> <input type="checkbox"/>	i. Tuntutan gantrugi 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 company cheque / Money Order / Cash 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:
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 :

.....

.....

.....

(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 / *and hereby absolve University Malaya Medical Centre and staff from all responsibility and liability that may arise from this consent.*

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 / Registered post <input type="checkbox"/>	ii. Pos biasa / Normal post <input type="checkbox"/>	iii. Kaunter / Collection at counter <input type="checkbox"/>
---	--	---

8. UNTUK KEGUNAAN PEJABAT / FOR OFFICE USE

Permohonan diterima oleh Tandatangan:	Nama:	Pesakit menandatangani borang keizinan di kaunter YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/>
--	-------------	---

9. SENARAI SEMAK / CHECKLIST:

Permohonan boleh dibuat oleh / *Application can be made by:*

- | | |
|---|--|
| <p>i. PESAKIT (sendiri) / <i>PATIENT (self)</i></p> <p>a. Salinan Kad Pengenalan / <i>Copy of Identify Card</i></p> <p>b. Salinan kad temujanji / ringkasan discaj / <i>Copy appointment card / discharge summary</i></p> | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| <p>ii. IBU/BAPA (pesakit berumur 18 tahun ke bawah, anak telah meninggal dunia dan tidak berkahwin) / <i>PARENTS (if the patient is below 18 years old, deceased child or deceased unmarried patient)</i></p> <p>a. Salinan sijil lahir pesakit / <i>Copy of patient's birth certificate</i></p> <p>b. Salinan Kad Pengenalan Ibu bapa / <i>Copy of parent's Identify Card</i></p> <p>c. Salinan kad temujanji/ringkasan discaj / <i>Copy appointment card / discharge summary</i></p> <p>d. Borang Pengesahan Bujang/Waris (BK-MIS-1163) / <i>Marital status / next-of-kin endorsement Forms (BK-MIS-1163)</i></p> | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| <p>iii. SUAMI/ISTERI (sekiranya pesakit iaitu pasangan) telah meninggal dunia. / <i>HUSBAND /WIFE (if the patient's spouse is deceased)</i></p> <p>a. Salinan Kad Pengenalan pemohon / <i>copy of the applicant's identity card</i></p> <p>b. Salinan Sijil Perkahwinan / <i>Copy of marriage certificate</i></p> <p>c. Salinan Sijil Kematian pesakit (yang telah disahkan benar) / <i>Copy of the patient's Death Certificate (Certified True Copy)</i></p> <p>d. Salinan kad temujanji / ringkasan discaj / <i>Copy appointment card / discharge summary</i></p> | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| <p>iv. ADIK BERADIK (sekiranya tiada waris terdekat lain yang layak iaitu ibu, bapa, isteri atau anak yang berumur 18 tahun ke atas) / <i>SIBLINGS (if no others eligible next-of- kin such as mother, father, wife or children aged 18 years and above)</i></p> <p>a. Salinan Kad Pengenalan pemohon./ <i>Copy of the applicant's identity card</i></p> <p>b. Salinan Sijil Kelahiran pemohon dan pesakit/ <i>Copy of the birth certificate of the applicant and patient</i></p> <p>c. Salinan Sijil Kematian pesakit (yang telah disahkan benar)/ <i>Copy of the patient's Death Certificate (Certified True Copy).</i></p> <p>d. Salinan Sijil Kematian ibu, bapa, isteri dan anak berumur 18 tahun ke atas (yang telah disahkan benar) / <i>Copies of Death Certificate of mother, father, wife and children aged 18 years and above (Certified True Copy)</i></p> <p>e. Salinan Sijil Perceraian (sekiranya pesakit bercerai)/ <i>Copy of divorce certificate (if patient is divorced)</i></p> <p>f. Salinan kad temujanji / ringkasan discaj/ <i>Copy of appointment card / discharge summary</i></p> | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| <p>v. AGEN / WAKIL (insurans, peguam) sila rujuk i, ii, iii atau iv mana yang berkenaan / <i>AGENT / REPRESENTATIVE (insurance, lawyers) please refer to the statement i, ii, iii or iv whichever applicable.</i></p> | |

10. PERHATIAN / ATTENTION:

- i. 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.*
- ii. 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.*
- iii. 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 medical report collection 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.*
- iv. Sila pastikan maklumat rawatan (Bahagian 3) diisi dengan jelas menyatakan tempat dan tarikh rawatan serta jenis penyakit bagi penyediaan laporan perubatan/ *Please ensure the information related to treatment (Section 3) is written clearly with time and place of treatment.*
- v. Jika pesakit tidak mampu memberi keizinan dari segi fizikal atau mental bagi mengizinkan untuk mengeluarkan maklumat, permohonan ini mesti mendapat pengesahan daripada pengamal perubatan/ *For patient who not fit physically or mentally, confirmation from medical practitioner shall be needed to provide concern.*
- vi. Penggunaan cecair pemadam adalah **TIDAK DIBENARKAN** / *Use of liquid paper is NOT ALLOWED.*

JABATAN MAKLUMAT PESAKIT

PUSAT PERUBATAN UNIVERSITI MALAYA (PPUM)

59100 LEMBAH PANTAI

KUALA LUMPUR

NO TEL : 03-7949 4422

NO FAX : 03-7954 1204

WEBSITE : www.ummc.edu.my