UMS UNIVERSITI MALAYSIA SABAH HUMS HOSPITAL UNIVERSITI MALAYSIA SABAH

Jabatan/Klinik : .....

No. Tel.: ..... **Tarikh:** .....

BORANG PERMOHONAN LAPORAN PERUBATAN

[MEDICAL REPORT APPLICATION FORM]

1. MAKLUMAT PEMOHON / *DETAILS OF APPLICANT*		
Nama Pemohon : *Name of Applicant*		
No. Kad Pengenalan : *Identity Card No.*	Hubungan Dengan Pesakit : *Relationship*	
Alamat Pemohon : *Address of Applicant*		
Tel (Rumah/*Home*) :	Tel (Bimbit/*Mobile*) :	Email :
2. MAKLUMAT PESAKIT / *PATIENT'S INFORMATION*		
Nama Pesakit : *Patient's Name*	No. Pendaftaran Pesakit : *Patient's Registration No*	
No. Kad Pengenalan : *Identity Card No.*	Pasport : *Passport*	
Jantina / *Gender* : ❑ Lelaki / *Male* ❑ Perempuan / *Female*	Umur / *Age* :	
3. MAKLUMAT RAWATAN / *TREATMENT INFORMATION*		
Rawatan di Klinik : *Treatment in Clinic*	Tarikh : *Date*	
Rawatan di Wad : *Treatment di Ward*	Tarikh Masuk : *Date of admission*	Discaj : *Discharge*

4. JENIS PERMOHONAN DAN TUJUAN (SILA TANDAKAN ✓) */TYPE OF APPLICATION AND PURPOSE (PLEASE TICK ✓)*

Jenis /Type :

Laporan Perubatan / Medical Report ❑ Laporan Perubatan, bukan pakar */ Medical report, non-specialist* ❑ Laporan Perubatan, pakar */ Medical report, specialist*
❑ Laporan Perubatan Bedah Siasat, bukan pakar / *Medical report, post-mortem, non-specialist* ❑ Laporan Perubatan Bedah Siasat, pakar / *Medical report, post-mortem, specialist*
❑ Borang Tuntutan Insurans/ *Insurance Claim Form/* PERKESO *(SOCSO)* / KWSP *(EPF)*
❑ Borang Buruh 90 (Perakuan Perubatan Ordinan Pampasan Pekerja 1952)
❑ Permohonan dari Polis/Tentera/ *Applications from Police/Army*
❑ Lain-lain/ *Others*.....

Tujuan/ Purpose

❑ Tuntutan ganti rugi melalui peguam / *Claim for compensation by lawyer*
❑ Rujukan majikan / *Employer reference*
❑ Tuntutan Insurans / *Insurance Claim*
❑ Pengeluaran KWSP / *EPF Withdrawal*
❑ Tuntutan PERKESO / *SOCSO Claim*
❑ Lain-lain/ *Others*.....

5. BUTIRAN BAYARAN */ DETAILS OF PAYMENT*

Bersama ini disertakan resit pembayaran ke atas nama **HOSPITAL UNIVERSITI SABAH MALAYSIA** secara bayaran Wang Tunai / Kad kredit/ pembayaran dalam talian bagi bayaran laporan perubatan / *Enclosed herewith receipt of payment by Cash / Credit Card/ online transfer for payment for the medical report*:

RM ……) Tarikh bayaran/ *Date of payment:.....*

6. KEIZINAN UNTUK MENGELUARKAN MAKLUMAT */ CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION*

Dengan permohonan ini saya memberi kuasa kepada pihak Hospital Universiti Malaysia Sabah (HUMS) 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 Hospital University Malaysia Sabah (HUMS) 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 Hospital Universiti Malaysia Sabah dan kakitangannya daripada sebarang tanggungjawab dan tanggungan undang-undang yang mungkin berbangkit daripada keizinan ini */ and hereby absolve Hospital University Malaysia Sabah and staff from all responsibility and liability that may arise from this consent.*

Tandatangan		Tandatangan	
Signature	:.....	*Signature*	:.....
Nama Pesakit/Waris		Nama Saksi	
Name of Patient /Next-of-Kin	:.....	*Name of witness*	:.....
No. Kad Pengenalan		No. Kad Pengenalan	
Identity Card No.	:.....	*Identity Card No*	:.....
Tarikh		Tarikh	
Date	:.....	*Date*	:.....

7. KAEDAH PENERIMAAN (SILA TANDAKAN ✓) */ METHOD OF COLLECTION (PLEASE TICK✓)*

- ❑ Kaunter / *Collection at counter* (**Digalakkan untuk mengambil sendiri di Kaunter */ Advised for self-collection at the counter)***
- ❑ Emel / *E-mail*

8. PERHATIAN / *ATTENTION*

i. TIDAK DIBENARKAN membuat pembatalan permohonan dan tuntutan wang TIDAK DIBERIKAN setelah permohonan laporan perubatan dibuat. / *Cancellation of application will not be accepted and no refund will be given once application for medical report has been submitted.*

ii. Permohonan ini tidak boleh dianggap sebagai persetujuan / kontrak bahawa Hospital Universiti Malaysia Sabah mesti menyediakan laporan perubatan. / *This application shall not be construed as an agreement / contract that Hospital Universiti Malaysia Sabah shall provide the medical report.*

iii. Bagi pungutan melalui kaunter, hanya pesakit atau wakil yang membawa surat kuasa sahaja yang dibenarkan mengambil laporan./ *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.*

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 patients who are not fit physically or mentally , confirmation from a medical practitioner shall be needed to provide consent.*

vi. Penggunaan cecair pemadam adalah TIDAK DIBENARKAN */Use of liquid paper is NOT ALLOWED.*

9. UNTUK KEGUNAAN PEJABAT / *FOR OFFICE USE*	
Permohonan diterima oleh / Application received by: ***Tandatangan : ..... Nama:.....***	*Pesakit menandatangani borang keizinan di kaunter / Applicant signed at counter;* ❑ YA / *YES* ❑ TIDAK / *NO*

10. SENARAI SEMAK / *CHECKLIST*

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

1. PESAKIT (sendiri)/ *PATIENT (self)* :-

a) Surat keizinan ASAL yang ditandatangani oleh pesakit - *Original consent letter signed by patient*
b) Salinan Kad Pengenalan/ *Copy of Identity Card*
c) Salinan Kad temujanji (muka depan)/ Nota discaj - *Copy of appointment card (front page/cover)/ Discharge note*
d) Borang berkaitan (Insurans/KWSP/PERKESO/Buruh 90 dll) - *Related Form (Insurance/KWSP/PERKESO/Buruh 90 etc)*
e) Lain-lain dokumen yang berkaitan (sekiranya ada) / *Any other related document (if any)*

2. IBU/BAPA (pesakit berumur 18 tahun ke bawah, anak telah meninggal dunia dan tidak berkahwin) / *PARENTS (legal next of kin/guardian if the patient is below 18 years old, deceased child or deceased unmarried patient)* :-

a) Surat keizinan ASAL yang ditandatangani oleh ibu/bapa/penjaga - *Original consent letter signed by parents/guardian*
a) Salinan sijil lahir pesakit / *Copy of patient's birth certificate*
b) Salinan Sijil Kematian pesakit (yang telah disahkan benar) / *Copy of the patient's Death Certificate (Certified True Copy)*
c) Salinan Kad Pengenalan Ibu bapa / *Copy of parent's Identify Card*
d) Salinan kad temujanji (muka depan)/ Nota discaj - *Copy of appointment card (front page/cover/ Discharge note*
e) Borang Pengesahan Bujang/Waris / *Marital status / next-of-kin endorsement Forms*
f) Borang berkaitan (Insurans/KWSP/PERKESO/Buruh 90 dll) - *Related Form (Insurance/KWSP/PERKESO/Buruh 90 etc.)*
g) Lain-lain dokumen yang berkaitan (sekiranya ada) / *Any other related document (if any)*

3. SUAMI/ISTERI (sekiranya pesakit iaitu pasangan) meninggal dunia / *SPOUSE of the deceased patient*:-

a) Surat keizinan ASAL yang ditandatangani oleh suami/isteri - *Original consent letter signed by spouse*
b) Salinan Kad Pengenalan pemohon / *Copy of the applicant's identity card*
c) Salinan Sijil Perkahwinan / *Copy of marriage certificate*
d) Salinan Sijil Kematian pesakit (yang telah disahkan benar) / *Copy of the patient's Death Certificate (Certified True Copy)*
e) Salinan Kad temujanji (muka depan) / Nota discaj / *Copy of appointment card (front page/cover) / Discharge note*
f) Akuan Penurunan kuasa Permohonan/Penerimaan Laporan Perubatan oleh Pihak Ketiga / *Declaration of Application/Receipt of Patient Medical Report by Third Party*
g) Lain-lain dokumen yang berkaitan (sekiranya ada) / *Any other related document (if any)*

4. 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) Surat keizinan ASAL yang ditandatangani oleh adik-beradik - *Original consent letter signed by siblings*
b) Salinan Kad Pengenalan pemohon / *Copy of the applicant's identity card*
c) Salinan Sijil Kelahiran pemohon dan pesakit / *Copy of the birth certificate of the appicant and patient*
d) Salinan Sijil Kematian pesakit (yang telah disahkan benar)/ *Copy of the patient's Death Certificate (Certified True Copy)*
e) Salinan Sijil Kematian ibu, bapa, isteri dan anak berumur 18 tahun ke atas (yang telah disahkan benar) / *Copy of Death Certificate of mother, father, wife and children aged 18 years and above (Certified True Copy)*
f) Salinan Sijil Perceraian (sekiranya pesakit bercerai)/ *Copy of divorce certificate (if patient is divorced)*
g) Salinan Kad temujanji (muka depan) / nota discaj / *Copy of appointment card (front page/cover) / Discharge note*
h) Akuan Penurunan kuasa Permohonan/Penerimaan Laporan Perubatan oleh Pihak Ketiga / *Declaration of Application/Receipt of Patient Medical Report by Third Party*
i) Lain-lain dokumen yang berkaitan (sekiranya ada) / *Any other related document (if any)*

5. AGEN/WAKIL (insurans, peguam) / *AGENT/REPRESENTATIVE (insurance/lawyer)*;-

Sila rujuk 1,2,3 atau 4, mana yang berkenaan / Please refer to the statement of 1,2,3 or 4, whichever applicable.