

How to fill out a **Form KKM/LP/1/2008****KKM/LP/1/2008****PERMOHONAN LAPORAN PERUBATAN / LAPORAN BEDAH SIASAT****1. Maklumat Pemohon**

Nama Pemohon :

\* No Kad Pengenalan / Passport :

Hubungan dengan Pesakit :

Alamat Pemohon :

No Tel. Rumah :

No. Tel. Handphone :

**2. Maklumat pesakit / simati****(Nota: Sila tandakan (√) di tempat bertanda #)**

\* Nama pesakit / simati :

MRN :

No. K.P. (Baru) :

(Lama) :

No. Passport :

(#Jantina :

 Lelaki Perempuan

Umur :

\*Klinik / Wad :

\*Tarikh mula rawatan di Klinik Pakar / Tarikh masuk hospital :

\*Tarikh keluar hospital / Tarikh meninggal dunia / Tarikh bedah siasat :

**3. Laporan yang dipohon****(Nota: Sila tandakan (√) di dalam kotak yang disediakan)**i. Laporan Perubatan Biasa yang disediakan oleh Pegawai Perubatan ii. Laporan Ringkas / Pendapat disediakan oleh Pakar iii. Laporan terperinci yang disediakan oleh Pakar iv. Lain – lain laporan, nyatakan ..... **4. Butiran Bayaran (jika berkaitan)**

Ma ini disertakan Cek bernombor / No Kad Kredit \_\_\_\_\_ / Kiriman Wang /

Wang Tunai berjumlah RM \_\_\_\_\_

(Ringgit Malaysia \_\_\_\_\_)

Bayaran laporan tersebut.

**5. Nominasi Daripada Pesakit / Waris**

Saya membenarkan pihak hospital mengeluarkan Laporan Perubatan (\*saya / pesakit / simati)

pernyataan seperti di ruangan maklumat \*pesakit / simati di atas kepada \*wakil

bernama \_\_\_\_\_ \* No. K/P/Passport : \_\_\_\_\_ Dengan ini saya

melepaskan pihak hospital dari sebarang tindakan perundangan yang berkaitan dengannya.

\*Tandatangan / cop jari : \_\_\_\_\_ Tandatangan : \_\_\_\_\_

\* Nama pesakit / waris : \_\_\_\_\_ Saksi : \_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_ Nama : \_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

Please tick √ in the box if agents/representatives bring a letter of consent from the next-of-kin separately

 Sila tandakan (√) jika ada surat keizinan yang dibawa oleh wakil

Tandatangan pejabat : \_\_\_\_\_

(Nota: Sila tandakan (√) di tempat bertanda #)

Tandatangan : \_\_\_\_\_

No. Resit : \_\_\_\_\_

Nama Kakitangan Bertugas : \_\_\_\_\_

Tarikh Resit : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

(\*) Laporan siap :

 Pos Datang Ambil Sendiri

Please indicate the total amount in this field according to the type of report requested

Patients or next-of-kin must sign in this field to give permission for the production of medical reports.

Please fill out the patient /deceased information completely

Please indicate the name and I/C number of representative if you nominate another person to take a report on your behalf