



PERMOHONAN LAPORAN PERUBATAN / LAPORAN BEDAH SIASAT

1. Maklumat Pemohon		Tarikh Daftar : <input style="width: 100px;" type="text"/>
Nama Pemohon :		
No. Kad Pengenalan / Passport :		
Hubungan dengan Pesakit :		
Alamat Pemohon :		NO. LP :
No. Tel. Rumah / Pejabat :		No. Tel. Handphone:
2. Maklumat Pesakit / simati		
* Nama Pesakit / simati :		
No. K/P(Baru):	(Lama) :	No. Passport :
(#) Jantina <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> 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 (Sila tandakan (√))		
		WARGA ASING
I) Laporan Perubatan Biasa yang disediakan oleh Pegawai Perubatan	<input type="checkbox"/> RM 40	<input type="checkbox"/> RM 120
II) Laporan Ringkas / Pendapat oleh Pakar	<input type="checkbox"/> RM 80	<input type="checkbox"/> RM 240
III) Laporan Terperinci yang disediakan oleh Pakar	<input type="checkbox"/> RM 200-1000	<input type="checkbox"/> RM 400-2000
IV) Lain-lain laporan, nyatakan	<input type="checkbox"/>	
4. Butiran Bayaran		
* Bersama ini disertakan Cek bernombor / No Kad Kredit / Kiriman wang / Kiriman Wang Pos / Wang Tunai berjumlah RM (Ringgit Malaysia) bagi bayaran laporan tersebut.		
5. Keizinan daripada pesakit / waris		
Saya membenarkan pihak hospital mengeluarkan Laporan Perubatan (*saya / pesakit / simati) yang bernama seperti di ruangan maklumat * pesakit / simati diatas kepada wakil saya yang bernama No KP : / Passport : Dengan ini saya juga melepaskan pihak hospital dari sebarang tindakan perundangan yang berkaitan dengannya.		
Tandatangan	Tandatangan	
.....	
Nama Pesakit / Waris :	Nama Pemohon / Saksi :	
No KP :	No KP :	
Tarikh :	Tarikh :	
Nota : Waris perlu tandatangan borang keizinan jika pesakit dibawah umur 18 tahun. Wakil yang hadir untuk mengambil laporan bagi pihak pemohon perlu mempunyai surat turun kuasa.		
6. Untuk Kegunaan Pejabat : (Nota : Sila tandakan (√) di tempat bertanda #)		
Nama Kakitangan Bertugas :	No Resit :	
Tarikh :	Tarikh Resit :	
(*) Laporan Siap <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Ambil Sendiri		

DISIPLIN	SILA TANDAKAN (√) PADA RUANGAN YANG BERKAITAN		
		WAD	KLINIK PAKAR
A&E			
DENTAL			
DERMATOLOGI			
OBSTETRIK & GINEKOLOGI			
OFTALMOLOGI			
OTORINOLARINGOLOGI (ENT)			
ORTHOPEDIK			
PEDIATRIK			
PEMBEDAHAN AM (SURGERY)			
PERUBATAN AM (MEDICAL)			
PSIKIATRI			
X-RAY			

CARIAN	TARIKH	PENCARI REKOD	STATUS CARIAN	
			JUMPA	BELUM JUMPA
1				
2				
3				
4				
5				

LAPORAN PERUBATAN / POST MORTEM DIAMBIL OLEH :

NAMA :

NO KP :

TARIKH :

TANDATANGAN :