

Confidential Medical Certificate - LOSS OF SPEECH
Sijil Perubatan Sulit - HILANG KEUPAYAAN BERTUTUR

To be completed free of the Company's expense by the Medical Attendant of the Person Covered
 Untuk diisi tanpa melibatkan perbelanjaan Syarikat oleh Pegawai Perubatan Orang Dilindungi

Name / Nama		Certificate Number / Nombor Sijil	
Date of Birth / Tarikh Lahir		Identity Card No / Nombor Kad Pengenalan	

The above named is covered with Prudential BSN Takaful Berhad against the happening of certain contingent events associated with his/her health. A claim has been submitted in connection with **LOSS OF SPEECH**, and to enable us to assess the claim we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.

Penama diatas dilindungi oleh Prudential BSN Takaful Berhad dari kejadian yang bersangkutan dengan kesihatan beliau. Satu tuntutan bersangkutan dengan **HILANG KEUPAYAAN BERTUTUR** telah dikemukakan dan untuk membolehkan kami menilai tuntutan tersebut, kami berbesar hati di atas kerjasama anda dalam melengkapkan borang ini.

SECTION A / BAHAGIAN A : General / Umum	
1. Are you the patient's usual medical attendant? If yes, please provide details of all consultations Adakah anda perawat perubatan pesakit yang biasa? Jika ya, sila kemukakan semua perundingan perubatan a) 1st consultation (dd/mm/yy) Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tt) b) Consultation dates (dd/mm/yy) Tarikh perundingan hh/bb/tt	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak a) _____ b) _____
2. Is the patient being referred by another doctor? If yes, please give details. Adakah pesakit ini dirujuk oleh doktor lain? Jika ya sila beri butiran.	
3. When were you first consulted for the injury or condition causing loss of speech and at that time, how long had symptoms been present? Bilakah anda pertama kali ditemui untuk kecederaan atau keadaan yang mengakibatkan hilang keupayaan bertutur dan pada waktu itu, sudah berapa lamakah terdapat tanda-tanda tersebut?	
4. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any related condition? Adakah pesakit sebelum ini menderita keadaan seperti yang tersebut di atas atau penyakit yang berkaitan?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

61601041

SECTION A / BAHAGIAN A : General / Umum

5. If yes, please state the following details / Jika ya sila nyatakan yang berikut:

Consultation Date <i>Tarikh Rawatan</i>	Nature of complaints <i>Sifat-sifat aduan</i>	Diagnosis Made <i>Diagnosis yang dibuat</i>

6. On which date did the patient first become aware of the condition?
Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari keadaan ini?

7. Is there anything in the patient's habit or personal medical history which would have increased the risk of loss of speech?
Adakah terdapat apa-apa dalam tabiat atau sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko hilang keupayaan bertutur?

8. Please furnish the following information in regards to other medical practitioners whom to your knowledge has attended to the patient in the past.
Sila berikan maklumat yang berikut mengenai pengamal perubatan lain yang pada pengetahuan anda pernah merawat pesakit pada masa lalu.

Date <i>Tarikh</i>	Nature of complaints <i>Sifat-sifat penyakit</i>	Name of doctor <i>Nama doktor</i>	Address & Tel. no of doctor <i>Alamat & No. Tel Doktor</i>

SECTION B / BAHAGIAN B : MEDICAL DETAILS / BUTIR-BUTIR PERUBATAN			
<p>1. Please provide full and exact details of the injury or disease causing loss of speech, to include the dates. <i>Sila berikan butiran yang penuh dan lengkap berkenaan kecederaan atau penyakit yang mengakibatkan hilang keupayaan bertutur, termasuk tarikhnya.</i></p>			
<p>2. Were there any associated neurological or psychological complications including hysterical aphonia? <i>Adakah terdapat apa-apa komplikasi neurologi atau psikologi yang bersangkutan termasuk aphonia histerikal?</i></p>			
<p>3. Is the patient undergoing any speech therapy sessions and if so please provide details on frequency and duration. <i>Adakah pesakit menjalani apa-apa sesi-sesi latihan percakapan, dan jika ya, sila berikan kekerapan dan tempohnya.</i></p>			
<p>4. Has there been any improvement in the patient's speech since onset of the condition? <i>Adakah terdapat apa-apa kemajuan pada daya percakapan pesakit sejak bermulanya keadaan ini?</i></p>			
<p>5. What investigations or tests have been performed to verify diagnosis of irrecoverable loss of speech? <i>Apakah siasatan atau ujian yang telah dijalankan untuk mengesahkan diagnosis hilang keupayaan bertutur?</i></p>			
<p>6. Please give names and addresses of all consultants, specialists or hospitals to which patient has been referred to or attended for this condition. <i>Sila berikan nama dan alamat semua pakar runding, pakar atau hospital di mana pesakit telah dirujuk untuk keadaan ini.</i></p>			
Date <i>Tarikh</i>	Nature of complaints <i>Sifat-sifat penyakit</i>	Name of doctor <i>Nama doktor</i>	Address & Tel. no of doctor <i>Alamat & No. Tel Doktor</i>

SECTION B / BAHAGIAN B : MEDICAL DETAILS / BUTIR-BUTIR PERUBATAN

7. If there is any further information which, in your opinion, will assist our Chief Medical Officer in assessing this claim, please furnish such information below:-

Jika terdapat maklumat lanjut, yang pada pendapat anda dapat membantu Ketua Pegawai Perubatan kami dalam menilai tuntutan ini, sila nyatakan maklumat tersebut di bawah ini:-

8. Please attach results of any investigations performed and provide remarks, if any below:-

Sila lampirkan keputusan kesemua siasatan yang telah dilakukan dan berikan ulasan, jika ada di bawah ini:-

We would be grateful for copies of any relevant hospital reports available.

Kami amat berterima kasih jika anda dapat memberikan laporan hospital yang berkenaan.

I hereby certify that the above answers are all true and to be the best of my knowledge.

Saya dengan ini mengesahkan semua jawapan di atas adalah benar dan pada pengetahuan terbaik saya.

Name / Nama	
Signature/ Tandatangan	
Professional qualification / Kelayakan profesional	
Practice stamp and address / Cap perkhidmatan dan alamat	