

Confidential Medical Certificate - MULTIPLE SCLEROSIS
Sijil Perubatan Sulit - SKLEROSIS MULTIPLE

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 **MULTIPLE SCLEROSIS**, 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 **SKLEROSIS MULTIPLE** 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 this condition and at that time, what were the symptoms and how long had symptoms been present? Bilakah anda pertama kali ditemui untuk keadaan ini dan pada waktu itu, apakah tanda-tanda dan berapa lamakah tanda-tanda tersebut telah ada?	
4. Please give details of the circumstances leading to this condition. Sila berikan butir-butir keadaan yang membawa kepada keadaan ini.	
5. On what date did the patient become aware of the condition? Tarikh bilamanakah pesakit mula-mula menyedari tentang keadaan penyakitnya?	

61601046

SECTION A / BAHAGIAN A : General / Umum

6. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illness? We are particularly interested in any consultations, however minor in nature concerning neurological symptoms or complaints.
Sebelum ini pernahkah pesakit mengalami keadaan yang dinyatakan di atas atau apa-apa penyakit yang berkemungkinan berkaitan dengannya? Kami tertutamanya berminat pada manamana rundingan, walau bagaimana kecil sifatnya bersangkutan dengan tanda-tanda atau aduan neurologi.

Yes / Ya

No / Tidak

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

Consultation Date Tarikh Rawatan	Nature of complaints Sifat-sifat aduan	Diagnosis Made Diagnosis yang dibuat

8. Is there anything in the patient's habit or personal medical history which would have increased the risk of Multiple Sclerosis?
Adakah terdapat apa-apa pada tabiat atau sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko penyakit Sklerosis Multipel?

9. 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 Tarikh	Nature of complaints Sifat-sifat penyakit	Name of doctor Nama doktor	Address & Tel. no of doctor Alamat & No. Tel Doktor

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

1. Please provide full and exact details of the diagnosis.
Sila berikan butiran yang penuh dan lengkap berkenaan diagnosis penyakit.

2. Please provide details, of dates and extent of his/her neurological deficit.
Sila berikan butir-butir tarikh dan sejauh mana kekurangan neurologinya.

Date Tarikh	Extent of neurological deficit Sejauh mana kekurangan neurologi

3. Please give details of the extent of the involvement of the optic nerves, brain stem and spinal cord.
Sila berikan butir-butir sejauh mana penglibatan saraf optik, pangkal otak dan korda spina.

4. Please give details of the impairment of co-ordination and motor sensory function.
Sila berikan butir-butir kerosakan pada ko-ordinasi dan penyelarasan fungsi motor dandera rasa.

a) Exact dates and duration of motor & sensory function impairment/ tarikh sebenar dan tempoh kerosakan motor dan penyelarasan fungsi.	
b) Is this the first occurrence?/ Adakah ini kejadian pertama?	
c) If this is not the first occurrence, please state the number of recurrence/ Jika ini bukan kejadian pertama, sila nyatakan bilangannya.	
d) Did any neurological deficit last more than 6 continuous months? If yes, please state which impairment/ Adakah kekurangan neurologi berlanjutan lebih dari 6 bulan? Jika ya sila nyatakan apakah kekurangannya.	

5. Please provide details of any investigations performed.
 Please comment on whether diagnosis was supported by MRI / CT scanning.
Sila berikan butir-butir sebarang penyiasatan yang dilakukan. Sila beri ulasan sama ada pengesahan penyakit disokong oleh imbasan MRI / CT.

6. Please give details of current treatment.
Sila berikan butir-butir rawatan yang terkini.

7. Is patient confined to a wheelchair? If so, for how long?
Adakah pesakit terbatas kepada kerusi roda Jika ya, untuk berapa lama?

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

8. Please give names and addresses of all consultants, specialists or hospitals to which patient has been referred to or attended for this condition.

Sila berikan nama dan alamat semua pakar runding, pakar atau hospital di mana pesakit telah dirujuk untuk keadaan ini.

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

9. 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:-

10. 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	