

Confidential Medical Certificate - MUSCULAR DYSTROPHY

Sijil Perubatan Sulit - DISTROFI OTOT

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

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 **MUSCULAR DYSTROPHY**, and to enable us to assess the claim we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.

Penama di atas dilindungi oleh Prudential BSN Takaful Berhad dari kejadian yang berkaitan dengan kesihatan beliau. Satu tuntutan berkaitan dengan **DISTROFI OTOT** 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 <i>Adakah anda perawat perubatan pesakit yang biasa? Jika ya, sila kemukakan semua perundingan perubatan</i> a) 1st consultation (dd/mm/yyyy) <i>Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tttt)</i> b) Consultation dates (dd/mm/yyyy) <i>Tarikh perundingan (hh/bb/tttt)</i>	<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. <i>Adakah pesakit ini dirujuk oleh doktor lain? Jika ya sila beri butiran.</i>	
3. When were you first consulted for this condition and at that time, how long had symptoms been present? <i>Bilakah kali pertama anda ditemui mengenai keadaan ini, dan pada waktu itu, sudah berapa lamakah anda mengalami simptom tersebut?</i>	
4. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illness? <i>Adakah pesakit pernah mengalami keadaan seperti dia atas atau penyakit yang berkaitan sebelum ini?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Ya <input type="checkbox"/> No/Tidak

61601103

SECTION A/BAHAGIAN A: General/Umum			
5. If yes, please state the following details/ <i>Jika ya sila nyatakan yang berikut:</i>			
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 illness? <i>Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari mengenai penyakitnya?</i>			
7. Is there anything in the patient's personal medical history that would have increased the risk of chronic relapsing pancreatitis? <i>Adakah terdapat rekod pada sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko pankreatitis kronik berulang?</i>			
8. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of chronic relapsing pancreatitis? <i>Adakah terdapat rekod pada sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko pankreatitis kronik berulang?</i>			
9. Please give details of the patient's habit in relation to cigarette smoking. <i>Sila berikan butir-butir tabiat merokok pesakit.</i>			
10. Please furnish the following information in regards to other medical practitioners whom to your knowledge has attended to the patient in the past. <i>Sila berikan maklumat yang berikut mengenai pengamal perubatan lain yang pada pengetahuan anda pernah merawat pesakit pada masa lalu.</i>			
Date <i>Tarikh</i>	Nature of complaints <i>Sifat-sifat aduan</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													
1. Please provide full and exact details of the diagnosis. <i>Sila berikan butiran yang penuh dan lengkap berkenaan diagnosis.</i>													
2. Are the neurological deficits likely to permanent? <i>Adakah kekurangan neurologi cenderung menjadi kekal?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>												
3. Is there any evidence of sensory disturbances, abnormal cerebrospinal fluid or diminished tendon reflex? <i>Adakah terdapat bukti gangguan deria, cecair serebrospinal yang tidak normal atau refleks tendon yang berkurangan?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>												
4. Was there damage and weakness of the muscles? Please state the power of the affected muscles with 1 being the lowest and 5 being the highest. <i>Adakah sebarang kerosakan dan kelemahan otot? Nyatakan kekuatan otot yang terkesan dengan 1 yang paling rendah dan 5 yang paling tinggi.</i>													
5. Please indicate the activities of daily living (ADL) that patient is NOT able to perform without the assistance of another person, with or without the use of mechanical equipment, special devices, or other aids and adaptations. Please select the appropriate ADL <i>Sila nyatakan aktiviti kehidupan seharian yang pesakit TIDAK dapat lakukan tanpa bantuan orang lain, dengan atau tanpa penggunaan peralatan mekanikal, alat khas, atau alat bantu dan penyesuaian lain. Sila pilih aktiviti yang berkenaan.</i>	<table> <tr> <td>Transfer/<i>Pindah</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mobility/<i>Mobiliti</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Continence/<i>Kesinambungan</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dressing/<i>Persalinan</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bathing/<i>Mandi</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eating/<i>Makan</i></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Transfer/ <i>Pindah</i>	<input type="checkbox"/>	Mobility/ <i>Mobiliti</i>	<input type="checkbox"/>	Continence/ <i>Kesinambungan</i>	<input type="checkbox"/>	Dressing/ <i>Persalinan</i>	<input type="checkbox"/>	Bathing/ <i>Mandi</i>	<input type="checkbox"/>	Eating/ <i>Makan</i>	<input type="checkbox"/>
Transfer/ <i>Pindah</i>	<input type="checkbox"/>												
Mobility/ <i>Mobiliti</i>	<input type="checkbox"/>												
Continence/ <i>Kesinambungan</i>	<input type="checkbox"/>												
Dressing/ <i>Persalinan</i>	<input type="checkbox"/>												
Bathing/ <i>Mandi</i>	<input type="checkbox"/>												
Eating/ <i>Makan</i>	<input type="checkbox"/>												
6. Is the inability to perform the ADL indicated above expected to be permanent and irreversible, if no kindly elaborate further. <i>Adakah ketidakupayaan untuk melaksanakan ADL yang dinyatakan di atas dijangka kekal dan tidak dapat dipulihkan; jika tidak mohon penjelasan terperinci.</i>													
7. Was there any investigation tests done to confirm the diagnosis? (e.g Electromyogram, Muscle biopsy) If yes, please provide copy of the results. <i>Adakah sebarang ujian penyiasatan dilakukan untuk mengesahkan diagnosis? Sekiranya ya, sila berikan salinan keputusannya</i>													

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 aduan	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:-

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

Note: 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 <i>Nama</i>	
Signature <i>Tandatangan</i>	
Professional qualification <i>Kelayakan profesional</i>	
Practice stamp and address <i>Cap perkhidmatan dan alamat</i>	