

Confidential Medical Certificate ALZHEIMER'S DISEASE / SEVERE DEMENTIA
Sijil Perubatan Sulit-PENYAKIT ALZHEIMER / DEMENSIA TERUK

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 **ALZHEIMER'S DISEASE / SEVERE DEMENTIA**, 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 **PENYAKIT ALZHEIMER / DEMENSIA TERUK** 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 <i>Adakah anda perawat perubatan pesakit yang biasa? Jika ya, sila kemukakan semua perundingan perubatan</i> a) 1st consultation (dd/mm/yy) <i>Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tt)</i> b) Consultation dates (dd/mm/yy) <i>Tarikh perundingan hh/bb/tt</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 you were first consulted for this condition and at that time, how long had symptoms been present? <i>Bilakah anda pertama kali ditemui untuk keadaan ini dan pada ketika itu sudah berapa lamakah tanda-tanda tersebut telah ada?</i>	
4. What were the reasons for consultation? <i>Apakah sebab-sebab anda ditemui?</i>	
5. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any possible related illness? We are particularly interested in any consultations, however minor in nature, concerning deterioration or loss of intellectual capacity. <i>Pernahkah pesakit sebelum ini mengalami keadaan yang dinyatakan di atas atau apa-apa penyakit-penyakit yang mungkin berkaitan? Kami terutamanya berminat dengan mana-mana pertemuan, walaubagaimana kecil sifatnya, bersangkutan dengan kemerosotan atau kehilangan kapasiti intelek.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

SECTION A / BAHAGIAN A : General / Umum

6. 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

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

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 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 diagnosis of the patient's condition.
Sila berikan secara terperinci diagnosis terhadap keadaan pesakit.

2. Please details including dates, of the extent of the deterioration of intellectual capacity or abnormal behavior.
Sila berikan butir-butir termasuk tarikh, sejauh mana kemerosotan kapasiti intelek atau perangai tidak normal.

3. Please provide details of all investigations performed.
Sila berikan butir-butir apa-apa penyiasatan yang dilakukan.

4. Is there any significant reduction in mental and social function for the patient, which requires continuous supervision?
Adakah terdapat pengurangan terhadap fungsi mental dan sosial pesakit yang memerlukan pengawasan berterusan?

5. Please give details of current treatment.
Sila berikan butir-butir rawatan semasa.

SECTION B / BAHAGIAN B : MEDICAL DETAILS / BUTIR-BUTIR PERUBATAN									
<p>6. Is the diagnosis related to the following condition:- <i>Adakah diagnosis berkaitan dengan keadaan berikut:-</i></p> <p>a) Non organic brain disorders such as neurosis <i>Kecelaruan otak bukan organik seperti neurosis</i></p> <p>b) Psychiatric illnesses <i>Penyakit psikiatrik</i></p> <p>c) Drug or alcohol related brain damage <i>Kerosakan otak berkaitan dadah atau alkohol</i></p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">Yes / Ya</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">No / Tidak</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Yes / Ya	No / Tidak						
Yes / Ya	No / Tidak								
<p>7. Is there anything in the patient's habits or personal medical history which would have increased the risk of Alzheimer's disease/ severe dementia? <i>Adakah apa-apa pada tabiat atau sejarah perubatan pesakit yang mungkin meningkatkan risiko penyakit Alzheimer/ demensia teruk?</i></p>									
<p>8. 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> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="width: 15%; padding: 5px;">Date <i>Tarikh</i></th> <th style="width: 30%; padding: 5px;">Nature of complaints <i>Sifat-sifat penyakit</i></th> <th style="width: 25%; padding: 5px;">Name of doctor <i>Nama doktor</i></th> <th style="width: 30%; padding: 5px;">Address & Tel. no of doctor <i>Alamat & No. Tel Doktor</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 100px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		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>				
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>						
<p>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:- <i>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:-</i></p>									
<p>10. Please attach results of any investigations performed and provide remarks, if any below:- <i>Sila lampirkan keputusan kesemua siasatan yang telah dilakukan dan berikan ulasan, jika ada di bawah ini:-</i></p>									

**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	