

Confidential Medical Certificate - HEART VALVE SURGERY
Sijil Perubatan Sulit - PEMBEDAHAN INJAP JANTUNG

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 **HEART VALVE SURGERY**, 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 **PEMBEDAHAN INJAP JANTUNG** 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 were you first consulted for the condition necessitating surgery and at that time, how long had symptoms or sign (eg. Heart murmur) had been present? <i>Bilakah anda pertama kali dilawati untuk keadaan yang memerlukan pembedahan, dan pada waktu itu, apakah tanda-tanda penyakit dan sudah berapa lamakah terdapat tanda-tanda atau gejala-gejala (contohnya desiran jantung) telah ada.</i>	
4. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illness? Eg. Hypertension, angina, other vascular disease or rheumatic fever. <i>Pernahkah sebelum ini pesakit mengalami sebarang penyakit yang dinyatakan di atas atau apa-apa penyakit yang berkaitan? Contohnya tekanan darah tinggi, angina, lain-lain penyakit vascular atau demam reumatik.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

61601038

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 necessitating surgery?
Tarikh bilakah pesakit menyedari keadaan yang memerlukan pembedahan?

7. Is there anything in the patient's personal medical history that would have increased the risk of heart valve surgery being necessary?
Adakah terdapat rekod pada sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko keperluan menjalani pembedahan injap jantung?

8. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of undergoing heart valve surgery?
Adakah terdapat rekod pada sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko menjalani pembedahan injap jantung?

9. Please give details of the patient's habit in relation to cigarette smoking.
Sila berikan butir-butir tabiat merokok pesakit.

10. 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 condition leading to the surgery. <i>Sila berikan butir-butir penuh dan tepat keadaan yang membawa kepada pembedahan.</i></p>	
<p>2. Is the surgery falling within any of the following conditions? <i>Adakah pembedahan jatuh ke dalam mana-mana kondisi di bawah?</i></p> <p>a) Repair via intra-arterial procedure <i>Pembaikan menerusi prosedur intra-arteri</i></p> <p>b) Repair via key-hole surgery or any other similar techniques <i>Pembaikan menerusi pembedahan lubang kunci atau lain-lain teknik yang serupa</i></p>	<p>Yes / Ya No / Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>3. What type of surgery has been performed and when? <i>Apakah jenis pembedahan yang telah dilakukan dan bila?</i></p>	
<p>4. Did the surgery involve an actual Heart Valve surgery being performed? Was it done via open-heart surgery? <i>Adakah pembedahan injap jantung dada telah dilakukan? Adakah ianya dilakukan melalui pembedahan jantung terbuka?</i></p> <p>If yes, was this the only method of treatment suitable? <i>Jika ya, adakah ini saja rawatan yang bersesuaian?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>

5. 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 <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

6. 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:-

7. 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	