

Confidential Medical Certificate - THIRD DEGREE BURNS
Sijil Perubatan Sulit - KELECURAN TAHAP KETIGA

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 **THIRD DEGREE BURNS**, 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 **KELECURAN TAHAP KETIGA** 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 the accident or condition causing major burns and at that time, how long had the impairment been present? <i>Bilakah anda pertama kali ditemui untuk kemalangan atau keadaan yang menyebabkan kebakaran teruk dan pada ketika itu, sudah berapa lamakah kecacatan tersebut telah ada?</i>	
4. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any related condition? <i>Adakah pesakit sebelum ini mengalami keadaan yang di nyatakan di atas atau mana-mana keadaan yang bersangkutan dengannya?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

61601042

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. Is there anything in the patient's habits or personal history that would have increased the risk of accidents or burns?
Adakah apa-apa kaitan pada tabiat pesakit atau sejarah peribadinya yang boleh meningkatkan risiko kemalangan atau kebakaran?

7. Where and how did the incident occur?
Dimana dan bagaimana kejadian berlaku?

8. Do you know of any liability claim being sought from a third party?
Adakah anda mengetahui akan mana-mana tuntutan tanggungjawab yang dituntut dari pihak ketiga?

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 <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>

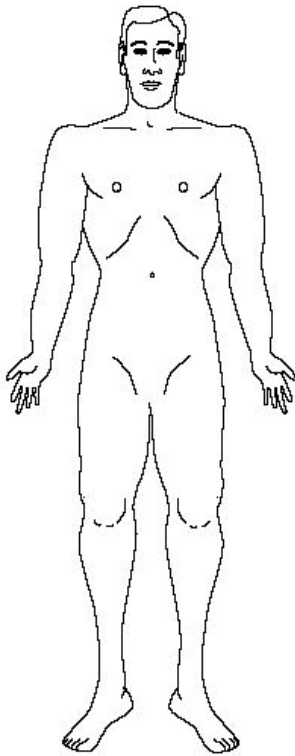
SECTION B / BAHAGIAN B : MEDICAL DETAILS / BUTIR-BUTIR PERUBATAN

1. Please provide full and exact details of the injury. What was the exact date of the incident resulting in major burns?
Sila berikan butiran yang penuh dan lengkap berkenaan kecederaan. Apakah tarikh sebenar kejadian yang mengakibatkan kebakaran teruk?

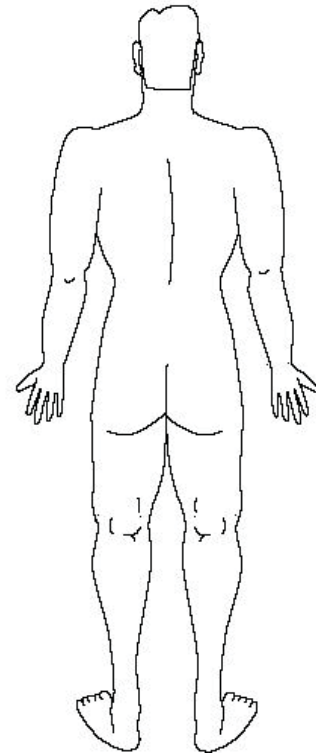
2. What is the degree and percentage of the skin burns? (of the total body surface area)?
Apakah tahap dan peratus kelecuman?(daripada jumlah kawasan permukaan badan)?

3. Please shade in the diagrams showing areas affected by the burns.
Sila tandakan pada rajah di bawah menunjukkan bahagian yang terlibat dengan kebakaran.

Front / Depan



Back / Belakang



SECTION B / BAHAGIAN B : MEDICAL DETAILS / BUTIR-BUTIR PERUBATAN			
4. What treatment has been and is currently being administered? <i>Apakah rawatan yang diberi dan kini diuruskan?</i>			
5. Has the patient undergone any skins graft to repair damaged skin? <i>Adakah pesakit telah menjalani pemindahan kulit untuk memperbaiki kulit yang rosak?</i>			
6. Please provide details of any investigations performed and the results. <i>Sila berikan butir-butir akan sebarang penyiasatan yang dijalankan dan keputusannya.</i>			
7. 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>			
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>
8. 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>			
9. 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>			

**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	