

TAKAFUL

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
KENYATAAN DOKTOR

Instruction/Arahan : Please tick the relevant benefit in the box below /
Sila tandakan manfaat yang berkenaan di dalam kotak yang disediakan

- Weekly Indemnity Benefit** **Accidental Medical Reimbursement**
Manfaat Imbuhan Mingguan Bayaran Balik Rawatan akibat Kemalangan

To be completed by the Doctor who treated the Person Covered during hospitalisation. Any fee charged for this statement is payable by the claimant. / Untuk dilengkapkan oleh Doktor yang merawat Orang Dilindungi sewaktu dimasukkan ke hospital. Sebarang caj yang dikenakan untuk kenyataan ini hendaklah di bayar oleh Pihak Menuntut.

1. Patient's Name / Nama Pesakit : _____ 2. Certificate Number / Nombor Sijil : _____

3. IC No. / Nombor Kad Pengenalan : _____ 4. Sex / Jantina : _____ 5. Age / Umur : _____

6. Occupation / Pekerjaan : _____ 7. Nature of occupational duties / Sifat-sifat tugas pekerjaan : _____

8. Date of Accident / Tarikh kemalangan :
 (DD/MM/YY) at approximately /
 (HH/BB/TT) lebih kurang (am/pm)

9. Date of First Consultation / Tarikh Lawatan Pertama :
 (DD/MM/YY) at approximately /
 (HH/BB/TT) lebih kurang (am/pm)

10. Describe in detail the nature of accident as related to you by the patient / Butiran penuh kemalangan seperti yang diberitahu oleh pesakit : _____

11. Were there any external and visible bodily injury (ies) or wound (s) as a result of this accident? / Adakah apa-apa kecederaan luar atau luka yang kelihatan, hasil dari kemalangan ini? Yes / Ya No / Tidak

a) If yes, then please describe the extent of injury(ies) including area and other characteristics or features as seen by you. In the event of any amputation, please state at what level (proximal, middle, distal), /
Jika ada, sila nyatakan keadaan atau tahap kecederaan termasuk kawasan dan karektor lain seperti yang tuan lihat. Sekiranya ada pemotongan, sila nyatakan aras yang mana (proksimal, tengah, distal) :

b) If no, please describe any other evidence that is consistent with the accident as claimed by the patient /
Jika tidak, sila jelaskan bukti lain yang sejajar dengan kemalangan seperti yang diceritakan oleh pesakit

12. a) Are the patient's current bodily injury(ies) solely due to this accident? Yes / Ya No / Tidak
Adakah keadaan kecederaan luar semasa pesakit disebabkan hanya oleh kemalangan ini?

b) If not, are they traceable to previous injury or any other cause (Please specify) /
Jika tidak, adakah aduan disebabkan oleh kecederaan yang terdahulu atau lain-lain sebab (Sila nyatakan)

13. a) Is the patient now, or was he at the time of the accident suffering from any illness, disease or infirmity? Yes / Ya No / Tidak
Adakah pesakit sekarang atau pada masa kemalangan mengalami apa-apa penyakit atau ketidakupayaan?

b) If so, state the nature and to what extent his recovery has been or may be retarded thereby.
Jika ya, nyatakan sifat dan sejauh mana pemulihan pesakit telah atau boleh jadi dilewatkan olehnya.

14. Was X-ray taken / Adakah Sinar-X diambil? Yes / Ya No / Tidak
(If yes, please supply a copy of the Radiologist report or X-ray film / Jika ya, sila berikan salinan laporan Pakar Radiologis atau filem Sinar-X)

15. Details of injury(ies) and all treatments prescribed. Please include the following information (where applicable)
Butir-butir kecederaan dan rawatan diberikan. Sila nyatakan maklumat yang berikut (di mana berkenaan)

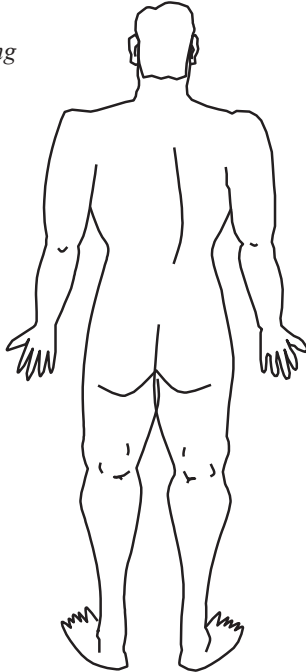
- a) Number of Stitch(es) / *Bilangan jahitan* :
 Date of Removal of Stitch(es) / *Tarikh jahitan ditanggal* :
- b) Type of Dressing / *Jenis Rawatan* :
- c) If patient was put on any form of immobilization (POP, backslab, crepe, bandage, etc), please furnish us the following /
Jika pesakit diletakkan pada sebarang cara menghalang pergerakan (POP, backslab, crepe, bandage, dsb), sila beritahu kami :
 - i) Date First Applied / *Tarikh kali pertama diletak* :
 Date of Removal / *Tarikh dibuka* :
 - ii) Date Physiotherapy Started / *Tarikh fisioterapi dimulakan* :
 Date of Completion / *Tarikh disudahkan* :
 - iii) Date Full Weight Bearing Started / *Tarikh latihan tanggung berat dimulakan* :
 Date of Completion / *Tarikh disudahkan* :
 - iv) Details of Limitation of Movements on any joints (please specify) / *Butir-butir pembatasan pergerakan pada mana-mana sendi* :

d) Treatment given including follow-ups / *Rawatan yang diberikan termasuk rawatan ulangan* :

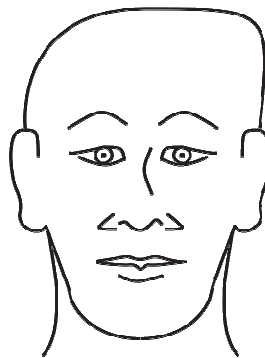
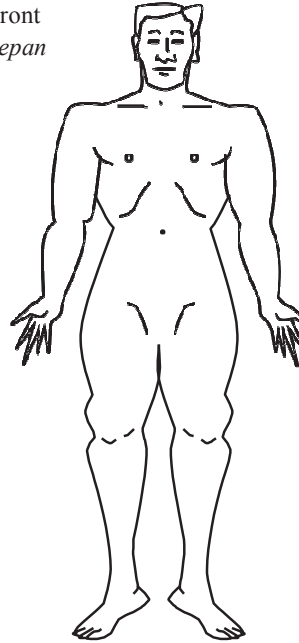
Date of Consultation / <i>Tarikh Rawatan</i>	Details of Healing Progress / <i>Butir-butir Perkembangan Penyembuhan</i>	Details of Treatment / <i>Butir-butir Rawatan</i>	Details of Improvement in the Limitation / <i>Physical Disability / Butir- butir penyembuhan dalam Pembatasan / Ketidakupayaan Fizikal</i>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

e) Please illustrate the injury(ies) in the following diagrams / *Sila tunjukkan kecederaan pada diagram-diagram di bawah:*

Back
Belakang



Front
Depan



Head
Kepala

16. (a) Date of Last Consultation / *Tarikh rundingan terakhir* :
 (b) Condition of the injured part(s) / *Keadaan bahagian tercedera* :

17. Was the healing (Straightforward / complicated)? / *Adakah penyembuhan (mudah / rumit)?*

Straightforward /
Mudah

Complicated /
Rumit

Details of complication /
Butir-butir komplikasi :

18. Details of Hospitalisation (if any) / *Butir-butir kemasukan ke hospital (jika ada)* :

a) Name of Hospital / *Nama Hospital* : _____

b) Admission Date / *Tarikh Masuk*

 - -

(DD/MM/YY)
(HH/BB/TT)

approximately /
lebih kurang

 :

(am/pm)

c) Discharge Date / *Tarikh Keluar*

 - -

(DD/MM/YY)
(HH/BB/TT)

approximately /
lebih kurang

 :

(am/pm)

d) Nature of operation performed / *Jenis pembedahan yang dijalankan*

e) Date of surgery performed / *Tarikh Pembedahan dilakukan* :

19. Name and address of doctors who treated the patient for the same injury, and the date of treatment /
Nama dan alamat doktor lain yang merawat pesakit untuk kecederaan yang sama, dan tarikh rawatan :

20. In your opinion, is there any other circumstances such as, intoxication, physical defects/impairment or disease which may have contributed directly or indirectly to the accident and/or lengthen the disability? /
Pada pendapat tuan, adakah terdapat sebarang keadaan, seperti, keadaan mabuk, kecacatan fizikal atau penyakit yang mungkin telah menyumbang secara langsung atau tidak langsung kepada kemalangan ini dan/atau memanjangkan tempoh ketidakupayaan?

21. For Females Only / *Untuk Wanita Sahaja :*

a) Was the patient pregnant at the time of accident? / *Adakah pesakit mengandung sewaktu kemalangan?*
If yes, for how many months? / *Jika ya, sudah berapa bulan?*

b) Was the accident caused directly or indirectly by the pregnancy? / *Adakah kemalangan ini disebabkan secara langsung atau tidak langsung oleh keadaan mengandung?*
If yes, please describe in details / *Jika ya, sila jelaskan dengan terperinci.*

I hereby certify that I have personally examined and treated the patient for his/her injuries described above and that the facts as stated above are all true to the best of my knowledge. / *Saya mengesahkan di sini bahawa saya sendiri telah memeriksa dan merawat pesakit ini untuk kecederaan yang dinyatakan di atas dan kenyataan yang disebutkan di atas adalah benar setakat yang saya ketahui.*

Signature of Attending Physician
Tandatangan Doktor yang Merawat : _____

Name & Practice / Hospital Stamp
Nama dan Cop Praktis/Cop Hospital : _____

Name & Qualification of Doctor
Nama & Kelayakan Doktor : _____

Telephone No.
No. Telefon : _____

Name and Address of Hospital/Clinic
Nama dan Alamat Hospital/Klinik : _____

Date / *Tarikh* : _____

DOCTOR-KINDLY USE EXTRA PAGE OR PAPER WHERE SPACE PROVIDED IS NOT SUFFICIENT FOR YOUR REPORTING.
DOKTOR-SILA GUNAKAN KERTAS LAIN DI MANA RUANG YANG DISEDIAKAN TIDAK MENCUKUPI UNTUK LAPORAN TUAN.