

LAPORAN PERUBATAN (MEDICAL REPORT)

PERINGATAN PENTING / IMPORTANT NOTICE

- Laporan ini hendaklah diisi oleh pegawai perubatan yang telah memberi rawatan kepada Peserta
This report shall be completed by the medical officer who has treated the Participant / Claimant.
- Kos untuk mendapat laporan ini perlu ditanggung oleh Peserta
Cost to obtain this report shall be borne by Participant / Claimant.
- Peserta yang mengalami hilang upaya keseluruhan sementara kurang dari dua (2) minggu tidak perlu mengisi Borang ini,
Participant / Claimant who has been disabled from the accident for a period less than 2 weeks is not required to furnish this Form

Sila jawab soalan dibawah *Please answer the following question :*

- Nama Pesakit *Patient's name* _____
- Tarikh Pesakit dirawat kali pertama _____ 3.Tempoh diwadkan (jika berkenaan) _____
Date first treatment given *Period of admission (if admitted)*
- Apakah kemalangan yang telah mencederakan Pesakit? *What was the type of accident which has injured the patient?*

- Adakah Pesakit pernah mendapat rawatan lain dari anda sebelum kemalangan ini? Tidak/ No Ya / Yes
Have you ever treated this patient before this accident?
- Jika ya sila nyatakan sebab rawatan sebelum ini. _____
If yes, please state reason/s of the previous treatment
- Apakah kecederaan-kecederaan yang dialami oleh pesakit? *What are the injuries suffered by the Patient?*

- Adakah kecederaan di atas disebabkan hanya oleh kemalangan Tidak/ No Ya/ Yes
Are those injuries caused solely by the accident?
- Jika tidak, sila nyatakan punca-punca lain yang menyebabkan/ ada kaitan dengan kecederaan Pesakit
If no, please state other cause/s which has caused/ contributed to the Patient's injuries.

- Adakah kemalangan yang dialami oleh Pesakit telah disebabkan oleh pengaruh alcohol Tidak/ No Ya/ Yes
Do you have any reason to believe that the accident was caused by alcohol?
- Adakah Pesakit telah menjalani sebarang pembedahan untuk merawat kecederaannya? Tidak/ No Ya/ Yes
Had the patient been treated with any operation for his (current) injuries?
- Adalah pesakit mengalami sebarang kecatatan kekal akibat kecederaannya dalam kemalangan Tidak / No Ya/ Yes
Is the Patient suffered any permanent disability from this accident?
- Jika ya, sila nyatakan kecatatan tersebut dengan terperinci termasuk peratusan keilatan
If yes, please state the disability in details with percentage of disablement

- Jika tidak, sila nyatakan *if no, please state the followings :*
a.Tempoh Pesakit diberikan cuti rehat _____ b. Tarikh Pesakit dijangka pulih sepenuhnya _____
Period of medical leave granted to the patient *Expected complete recovery date*
Lain-lain catitan yang difikirkan perlu. *Other remarks that you may deem as necessary.*

PENGAKUAN (DECLARATION)

Adalah saya dengan ini saya mengesahkan bahawa kecederaan yang dialami selari dengan kemalangan yang dinyatakan oleh Pesakit dan saya juga mengaku bahawa berdasarkan pemeriksaan professional dan pengetahuan saya, keterangan-keterangan yang saya berikan di dalam Laporan ini adalah benar dan betul.

I hereby declare that the injuries suffered by the Patient are consistent with the accident disclosed by the Patient and I also declare that based on my professional examination and my knowledge, all the statements given in this report are true and accurate.

Tandatangan Pegawai Perubatan
Medical Officer's Signature

Cop Rasmi *Official Stamp*

Tarikh *Date*