



( )URP/LP/JKWPKL&amp;P/2020

**PERMOHONAN LAPORAN PERUBATAN / LAPORAN BEDAH SIASAT**

KKM/LP/1/2008

<b>1. Maklumat pemohon</b>				
Nama pemohon :				
*No K.P. / Pasport :		Hubungan dengan pesakit :		
Alamat pemohon :				
No. Tel. (Rumah) :		(Handphone) :		
<b>2. Maklumat pesakit / simati (Nota: Sila tandakan (✓) di tempat bertanda # )</b>				
*Nama pesakit / simati :				
MRN:	No K.P. (Baru) :	(Lama) :	No Pasport :	
(#)Jantina : <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan	Umur :	*Klinik/ Wad :		
*Tarikh mula rawatan di klinik pakar/ tarikh masuk hospital :				
*Tarikh keluar hospital / Tarikh meninggal dunia / Tarikh bedah siasat :				
<b>3. Laporan yang dipohon (Nota: Sila tandakan (✓) di dalam kotak yang disediakan )</b>				
i. Laporan perubatan *BIASA / INSURAN / KWSP / PERKESO(SOCSO) / BURUH 90 / HEMODIALISIS yang disediakan oleh pegawai perubatan (RM 40)			<input type="checkbox"/>	
ii. Laporan perubatan *BIASA / KWSP 9A oleh pakar (RM 80)			<input type="checkbox"/>	
iii. Laporan terperinci oleh pakar (RM 200 – RM 1000 mengikut kerumitan )			<input type="checkbox"/>	
iv. Lain – lain laporan, nyatakan .....			<input type="checkbox"/>	
<b>4. Butiran Bayaran (Nota: Bagi warga asing caj laporan perubatan adalah 2 kali ganda )</b>				
Bersama ini disertakan * Cek bernombor / No Kad Kredit ..... / Kiriman Wang / Kiriman Wang Pos / Wang Tunai berjumlah RM .....( Ringgit Malaysia ..... ) bagi bayaran laporan tersebut.				
<b>5. Keizinan daripada pesakit / waris</b>				
Saya membenarkan pihak hospital mengeluarkan laporan perubatan (*saya / pesakit / simati) yang bernama seperti di ruangan maklumat *pesakit / simati di atas. <sup>+</sup> Sila kemukakan laporan saya kepada wakil saya yang bernama .....				
* No. K/P/Pasport: .....				
Dengan ini saya juga melepaskan pihak hospital dari sebarang tindakan perundangan yang berkaitan dengannya.				
*Tandatangan / cop jari: .....			Tandatangan saksi .....	
*Nama pesakit / waris : .....			Nama : .....	
No K/P : .....			No.Kad Pengenalan: .....	
Hubungan dengan pesakit : .....			Tarikh : .....	
Tarikh : .....			<input type="checkbox"/> Sila rujuk kepada surat keizinan berasingan yang bawa oleh wakil.	
<b>6. Untuk kegunaan pejabat: (Nota: Sila tandakan (✓) di tempat bertanda # )</b>				
Tandatangan: .....		No. Resit: .....		
Nama Kakitangan bertugas: .....		Tarikh Resit: .....		
Tarikh: .....		(#) <b>Laporan siap:</b> <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> <b>Datang Ambil Sendiri</b>		

(Nota: \* Potong yang mana tidak berkenaan )