

PERMOHONAN LAPORAN PERUBATAN / LAPORAN BEDAH SIASAT



**JABATAN REKOD PERUBATAN
HOSPITAL RAJA PERMAISURI BAINUN IPOH
JALAN RAJA ASHMAN SHAH
30450 IPOH, PERAK DARUL RIDZUAN**

KKM/LP/1/2008

NO.HRPB/LP:
Telefon :05-2085000
Talian Terus :05-2085330

MAKLUMAT PEMOHON

Nama :
No. Kad Pengenalan : Hubungan dengan pesakit :
Alamat pemohon :
Tarikh memohon : No. Telefon Pemohon (Rumah & Handphone) :

MAKLUMAT PESAKIT / SI MAT (NOTA: SILA TANDAkan (✓) DI TEMPAT YANG BERTANDA *)

Nama pesakit / simati:
MRN : No. K.P (Baru / Lama / Passport) :
*Jantina : ☐ Lelaki ☐ Perempuan Umur : Klinik / Wad :
Tarikh rawatan Jbt. Kecemasan: Jenis Kemalangan/ Rawatan:
Tarikh mula rawatan di Klinik Pakar/Tarikh Masuk Hospital :
Tarikh Keluar Hospital/ Tarikh Meninggal Dunia / Tarikh Bedah Siasat :

LAPORAN YANG DIPOHON (TANDAkan ✓)

☐ Laporan Perubatan Biasa yang disediakan oleh Pegawai Perubatan
☐ Laporan Ringkas / Pendapat yang disediakan oleh Pakar
☐ Laporan terperinci yang disediakan oleh pakar
☐ Lain-lain laporan, nyatakan

Sila Kepilkan

☐ Borang Insurans/Ilat SOCSO/KWSP/Buruh 90 dll(untuk diisi oleh doktor) **1 salinan**
☐ Salinan Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Lahir(kanak-kanak sahaja) **1 salinan**
☐ Salinan Kad Rawatan Klinik (contoh: Ortho/Neuro/ENT dan sbgnya) **1 salinan** atau Salinan Sijil Cuti Sakit **1 salinan**
☐ Salinan Nota Discaj/ Bil Bayaran Wad **1 salinan**
☐ Salinan Sijil Kematian & Permit Penguburan **1 salinan**

*Warganegara - Hanya waris terdekat shj boleh memohon
(Salinan K/P waris **1 salinan**)

**Bukan Warganegara – Perlu surat keizinan dari ibubapa/isteri

KEIZINAN DARIPADA PESAKIT / WARIS

Saya membenarkan pihak hospital mengeluarkan Laporan Perubatan (saya / pesakit / simati) yang bernama seperti ruangan maklumat pesakit / simati di atas 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 :
Nama Pesakit / Waris :
No Kad Pengenalan :
Tarikh :

Tandatangan Saksi :
Nama :
No Kad Pengenalan :
Tarikh:

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT (MAKLUMAT BAYARAN)

☐ Tunai ☐ Cek / Wang Pos / Kiriman Wang
Atas nama : PENGARAH HOSPITAL RAJA PERMAISURI BAINUN

☐ RM40 ☐ RM80 ☐ RM

No resit bayaran :
Tarikh resit :

Nota: Sila tandakan (✓) pada yang berkenaan)

(*) Laporan Siap: ☐ Pos
☐ Datang Ambil Sendiri

☐ LP BIASA ☐ LP PAKAR ☐ TERPERINCI PAKAR
PEG. PERUBATAN MENYEDIAKAN LAPORAN PERUBATAN

(T/Tangan Pegawai Perubatan)

Nama :
No. K/P :
Tempat Bertugas :
Tarikh Laporan Siap :