



UNIT REKOD PERUBATAN
 HOSPITAL SULTANAH NORA ISMAIL, JALAN KORMA,
 83000 BATU PAHAT, JOHOR
 TEL : 07-4363000 EXT 3111 NO FAX : 07-4322544



*(Sila tandakan ✓)

Laporan Siap :

Ambil Sendiri

Pos

PERMOHONAN LAPORAN PERUBATAN / LAPORAN BEDAH SIASAT

1. MAKLUMAT PEMOHON

Tarikh Daftar :

Nama Pemohon :

No. KP (Baru) : (Lama) : (Passport) :

Hubungan Dengan Pesakit :

Alamat Pemohon :

Untuk Kegunaan Pejabat

NO. LP :

No Telefon : (Rumah) : (H/P) :

2. MAKLUMAT PESAKIT / SIMATI

Nama Pesakit :

No. KP (Baru) : (Lama) : (Passport) :

Jantina * : Lelaki Perempuan Umur : Klinik / Wad :

No Telefon : (Rumah) : (H/P) :

Tarikh Mula Rawatan di Klinik Pakar / Tarikh Masuk Hospital :

Tarikh Keluar Hospital / Tarikh Meninggal Dunia Tarikh Kemalangan :

3. LAPORAN YANG DIPOHON (SILA TANDAKAN ✓)

WARGANEGARA

BUKAN WARGANEGARA

I. Borang Perkeso / KWSP	<input type="checkbox"/> RM 40 (2 resit) X _____	<input type="checkbox"/> RM -
II. Laporan Perubatan Biasa / Borang Insuran Pelbagai	<input type="checkbox"/> RM 40 (1 resit) X _____	<input type="checkbox"/> RM 120 (2 resit) X _____
III. Laporan Pakar Ringkas / Pendapat oleh Pakar	<input type="checkbox"/> RM 80 (2 resit) X _____	<input type="checkbox"/> RM 240 (2 resit) X _____
IV. Laporan Terperinci yang disediakan oleh Pakar	<input type="checkbox"/> RM (2 resit) X _____	<input type="checkbox"/> RM (2 resit) X _____
V. Lain-lain laporan, nyatakan		<input type="checkbox"/> RM (resit)

4. BUTIRAN BAYARAN

* Bersama ini disertakan Cek bernombor / No Kad Kredit / Kiriman wang / Kiriman Wang Pos / Wang Tunai berjumlah RM (Ringgit Malaysia) bagi bayaran laporan tersebut.

5. KEIZINAN DARIPADA PESAKIT / WARIS

Saya membenarkan pihak hospital mengeluarkan Laporan Perubatan (*saya / pesakit / simati) yang bernama seperti di ruangan maklumat * pesakit / simati diatas kepada wakil saya yang bernama No KP : / Passport : Dengan ini saya juga melepaskan pihak hospital dari sebarang tindakan perundangan yang berkaitan dengannya.

Tandatangan / Cap Jari

Tandatangan

.....
 Nama Pesakit / Waris :

.....
 Nama Pemohon / Saksi :

No. KP :

No. KP :

Tarikh :

Tarikh :

Nota : Waris perlu tandatangan borang keizinan jika pesakit dibawah umur 18 tahun. Wakil yang hadir untuk mengambil laporan bagi pihak pemohon perlu mempunyai surat turun kuasa.

6. UNTUK KEGUNAAN PEJABAT :

(Nota : Sila tandakan (✓) di tempat bertanda *)

Saya mengaku menerima resit pembayaran bagi permohonan laporan perubatan dan tidak akan membuat sebarang tuntutan kehilangan resit kepada pihak Hospital Sultanah Nora Ismail, Batu Pahat.

Nama Kakitangan Bertugas :

No Resit :

Tarikh :

Tarikh Resit :

(Nota : * Potong yang mana tidak berkenaan)