

Borang Laporan Perubatan Discaj / Discharge Medical Report Form



QBE Insurance (Malaysia) Berhad (Reg. No. 161086-D)

No. 638, Level 6, Block B1, Leisure Commerce Square, No. 9, Jalan PJS 8/9, 46150 Petaling Jaya,
Postal Address P.O. Box 10637, 50720 Kuala Lumpur, Malaysia.
telephone +603 7861 8400 • facsimile +603 7873 7430
www.qbe.com.my e-mail: info.mal@qbe.com

Seksyen 1 - Untuk diisi oleh Pihak Diinsuranskan / Pihak Menuntut (DALAM HURUF BESAR) Section 1 - To be completed by the Insured / Claimant (IN BLOCK LETTERS)

Butir Pihak Diinsuranskan/ Insured Person's Details

Nama Penuh / Name in Full

No. K/P / NRIC No.

No. Polisi / Policy No.

Pihak Menuntut (selain daripada Pihak Diinsuranskan) / Claimant (other than the Insured)

Nama Penuh / Name in Full

Pihak Menuntut ialah / Claimant is

 Diri Sendiri / Self Pasangan / Spouse Anak / Child

No. Kad Pengenalan / NRIC No.

Tarikh Lahir / Birth Date

Umur / Age

Jantina / Gender

 Lelaki / Male Perempuan / Female

Bangsa / Race

Agama / Religion

Status Perkahwinan / Marital Status

Pekerjaan / Occupation

Nama Majikan / Employer Name

Alamat Majikan / Employer's Address

No. Tel Majikan / Employer Tel. No.

Jenis Tuntutan / Type of Claim

 Dimasukkan ke hospital / Hospitalisation Pesakit Luar / Outpatient Accident / Kemalangan

Keadaan Kemalangan /
Circumstances of Accident



Butir-butir insurans lain, Perkeso, Insurans Pampasan Pekerja dan lain-lain:-
Details of other insurance policies, Socscs, Workmen's Compensation and others:-

Jenis Polisi / Policy Type

Syarikat Insuran / Insurance Company

No. Polisi / Policy No.

MEMBERI KEBENARAN KEPADA DOKTOR PERUBATAN, HOSPITAL ATAU KLINIK UNTUK MEMBERI MAKLUMAT
AUTHORISATION TO PHYSICIAN, HOSPITAL OR CLINIC TO RELEASE INFORMATION

Saya dengan ini memberi kebenaran kepada doktor perubatan, pengamal perubatan, hospital atau klinik yang memerhati, merawat atau menjaga saya untuk memberi maklumat-maklumat lengkap berhubung dengan riwayat kesihatan saya termasuk latarbelakang penuh perubatan saya semasa saya dimasukkan di hospital/menjalani pembedahan, kepada syarikat insuran .

I hereby authorise any physician, medical practitioner, hospital or clinic by whom or where I have been observed, treated or warded to give full particulars about my health including my whole medical history in respect of this hospitalisation/surgery, to the insurance company.

Tandatangan Pesakit
Signature of Patient

Tandatangan Pihak Diinsuranskan / Pihak Menuntut
Signature of Insured / Claimant

Tarikh
Date

Seksyen 2 - Untuk diisi oleh Doktor Merawat / Section 2 - To be completed by the Attending Doctor

Nombor Repot Perubatan
Medical Report Number

Butir-butir Hospital / Details of Hospital

Nama Hospital / Name of Hospital

Alamat / Address

Butir-butir Pesakit / Details of Patient

Nama Pesakit / Name of Patient

No Kad Pengenalan / NRIC No.

Tarikh Dimasukkan ke Hospital
Date of Admission

Masa Dimasukkan ke Hospital
Time of Admission

AM / PM

Tarikh dibenarkan keluar Hospital
Date of Discharge

Masa dibenarkan keluar Hospital
Time of Discharge

AM / PM

Butir-butir Doctor yang dirujuk / Details of Referring Doctor

Nama Doctor yang dirujuk
Name of Referring Doctor

Alamat Doktor yang Dirujuk
Address of Referring Doctor

Name doktor sebelum dimasukkan ke wad / Admitting Doctor name

Nama doktor yang merawat
Attending Doctor name

Kepakaran / Speciality

1a. **Diagnosis / Kod CD**
Diagnosis / CD Coding

1b. **Sebab Dan Patalogi untuk dianosis diatas**
Cause and Pathology of the above diagnosis

2a. **Bilakah pesakit mula mendapat rundingan anda untuk keadaan ini**
When did patient first consult you for this condition?

 hh / dd bb / mm tttt / yyyy

2b. **Adakah pesakit sebelum ini dirawat untuk keadaan ini?**
Was the patient previously treated for this condition?

 Ya / Yes Tidak / No *Jike Ya, Beri tarikh dan maklumat*
If Yes, state date and details
 hh / dd bb / mm tttt / yyyy

2c. **Berapa lama pada pendapat profesional anda terhadap keadaan tersebut wujud?**
How long in your professional opinion has the condition existed?

 hh / dd bb / mm tttt / yyyy

3. **Adakah kemungkinan akan berulang?**
Any possibility of a relapse?

 Ya / Yes Tidak / No

4a. **Sila ✓ tanda jenis perubatan dan siasatan**
Please ✓ nature of treatment and investigations

<input type="checkbox"/> Pembedahan / Operation	<input type="checkbox"/> Fisioterapi / Physiotherapy
<input type="checkbox"/> Kaunseling diet/ Dietary Counselling	<input type="checkbox"/> Perubatan / Medications
<input type="checkbox"/> Sinar X / X-Ray	<input type="checkbox"/> Ujian Darah / Blood Tests
<input type="checkbox"/> Lain Lain, sila jelaskan / Others , Please give details	

4b. **Jika lebih dari satu pembedahan, sila nyatakan jenis pembedahan yang dilakukan**
If more than one procedure was involved, please state Type of Procedures performed

Jenis / Type	Tarikh / Date	Nama Doktor / Name of Doctor
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4c. **Keadaan perubatan lain yang ada? / Other medical conditions present?**

Sejak / Since

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>



5. Bagaimanakah keadaannya / Was the conditions

Sejak Lahir / Congenital

Sistem Saraf / Nervous

Mental / Mental

6. Adakah pesakit mengandung semasa kemasukkan ke hospital (untuk wanita sahaja)

Was the patient pregnant at the time of hospitalisation (For Females Only)

Tidak / No

Ya / Yes

Jika Ya, Berapa bulan pesakit mengandung
If yes, Months of pregnancy

7. Sekiranya kemasukkan ke hospital disebabkan oleh kemalangan, sila nyatakan tarikh dan masa kemalangan /

If the hospitalisation was due to accident, please indicate date/time of accident

hh / dd

bb / mm

tttt / yyyy

jam / hours

Saya/Kami mengakui sepanjang pengetahuan saya/kami bahawa jawapan-jawapan yang diberikan diatas adalah benar dan tiada maklumat atau keterangan yang disembunyikan.

I/We hereby declare the foregoing answers to the true in every respect to the best of my/our knowledge and belief that no information or particulars have been suppressed.

Saya/Kami faham, mengakui, bersetuju dan mengizinkan QBE Insurance (Malaysia) Berhad dan semua syarikat-syarikat yang berkaitan ("QBE") adalah dibenarkan untuk mengumpul, menggunakan, mendedahkan dan / atau memproses data peribadi saya yang didedahkan bersama ini. QBE adalah bebas untuk mendedahkan dan memindahkan (termasuk di luar Malaysia) data peribadi tersebut seperti mendedahkan kepada pihak ketiga yang berkenaan dengan syarat bahawa pendedahan data peribadi saya adalah hanya untuk tujuan (tujuan-tujuan) berkaitan dengan insurans yang saya telah memohon bersama ini, termasuk tetapi tidak terhad bagi tujuan (tujuan-tujuan):(i) pemrosesan, pengendalian dan / atau urusan tuntutan saya termasuk penyelesaian tuntutan dan sebarang penyiasatan yang perlu berkaitan dengantuntutan; (ii)menjalankan sebarang hak yang ada pada QBE untuk mendapatkan kembali wang daripada pihak ketiga;(iii) mendapatkan pampasan insurans semula;(iv) menyiasat kemalangan dan / atau tuntutan saya;(v) menjalankan dan / atau berurusan dengan arahan saya atau bertindak balas kepada mana-mana pertanyaan daripada saya; (vi) menguruskan tuntutan saya (termasuk mengepos surat-menyurat, penyata, invois, laporan atau notis kepada saya, yang mungkin melibatkan pendedahan data peribadi tertentu tentang saya, untuk membawa penghantaran yang sama dan juga di kulit luar sampul surat/mel pakej;(vii) pembangunan pangkalan data mengenai tuntutan, statistik tuntutan dan / atau perkembangan tuntutan dan / atau;(viii) mematuhi undang-undang yang berkaitan dalam pengurusan, pemrosesan, pengendalian dan / atau urusan tuntutan saya;"(secara kolektif" "Tujuan"). Persetujuan saya yang diberikan bersama ini meliputi sebarang koleksi data peribadi saya yang berulang dalam keadaan yang sama dan selaras dengan syarat-syarat yang ditetapkan dalam Akta Perlindungan Data Peribadi 2010."

I/We understand, acknowledge, agree and consent that QBE Insurance (Malaysia) Berhad and all of its related companies ("QBE") is permitted to collect, use, disclose and/or process my personal data revealed hereto. QBE is at liberty to disclose and transfer (including outside Malaysia) such personal data to relevant third parties provided that the revelation of my personal data is strictly for the purpose(s) in relation to the insurance which I have applied hereto, including but not limited to, the purpose(s) of: (i) processing, handling and/or dealing with my claims including the settlement of the claims and any necessary investigations relating to the claims; (ii) exercising any rights that QBE may have to recover monies from third parties; (iii) making reinsurance recoveries; (iv) investigating the accident and/or my claims; (v) carrying out and/or dealing with my instructions or responding to any enquiries by me; (vi) administering my claims (including the mailing of correspondence, statements, invoices, reports or notices to me, which could involve disclosure of certain personal data about me to bring about delivery of the same as well as on the external cover of envelopes/mail packages); (vii) the development of databases on claims, claims statistics and/or claims development; and/or (viii) complying with applicable law in administering, processing, handling and/or dealing with my claims; (collectively the "Purposes"). My consent given hereto covers any repeated collection of my personal data in the same circumstances and is in line with the requirement set forth in the Personal Data Protection Act 2010.

QBE Insurance (Malaysia) Berhad komited untuk menjamin data peribadi anda adalah selamat dan terjamin. Anda boleh merujuk Kenyataan Polisi Privasi kami yang dipaparkan dalam laman sesawang www.qbe.com.my. Sekiranya anda mempunyai sebarang pertanyaan, sila hubungi Pegawai Data Peribadi di nombor talian 03-78618400.

QBE Insurance (Malaysia) Berhad is committed to ensuring the safety and security of your personal data. You may refer to our Privacy Policy Statement which is posted at our website www.qbe.com.my. If you wish to seek further enquiries, please contact the Personal Data Privacy Officer at telepohe number 03-78618400.

Tandatangan Doktor yang Merawat
Signature of Name of Attending Doctor

Chop Hospital
Hospital Stamp

Tarikh / Date