



iBABY CLAIM - PAEDIATRICIAN ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN iBABY - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT PEDIATRIK

The below named is insured with us against the happening of a certain contingent event associated with his/her health. A claim has been submitted in connection with his/her illness/injury. To enable us to assess the claim, we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.

Orang yang namanya dinyatakan dibawah diinsuranskan dengan kami terhadap kejadian tertentu yang berlaku. Satu tuntutan yang berkaitan dengan penyakit/kecederaan telah di serah kepada kami dan untuk membolehkan kami memproses tuntutan tersebut, kami menghargai kerjasama anda melengkapkan borang ini.

Note: This form is to be completed at the Patient's expense. Borang ini untuk diisi atas perbelanjaan Pesakit.

Policy Number / Nombor Polisi																				
1. Patient's name / Nama Pesakit																				
2. I.C. No. / No. Kad Pengenalan																				
Age / Umur																				
4. Hospitalisation / Kemasukan Hospital																				
Admission Date / Tarikh Masuk				Time / Masa				Discharge Date / Tarikh Keluar				Time / Masa								
				am/pm pagi/ptg								am/pm pagi/ptg								
				am/pm pagi/ptg								am/pm pagi/ptg								
5. Admission to NICU/ICU/HDU, if any / Kemasukan ke NICU/ICU/HDU, jika ada.																				
Admission Date / Tarikh Masuk:										Discharge Date / Tarikh Keluar:										
6. Admission to Incubation, if any / Kemasukan ke Inkubasi																				
Admission Date / Tarikh Masuk										Discharge Date / Tarikh Keluar										
7. Was the patient born prematurely? If Yes, please state the gestational period and circle the applicable term. / Adakah pesakit dilahirkan terlebih dahulu? Sekiranya Ya, sila nyatakan tempoh kehamilan dan melampirkan istilah yang berkenaan.										<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak _____ Weeks/Months / Minggu/Bulan										
8. The following records upon the admission:																				
(a) Blood Pressure / Tekanan Darah										_____ mmHg										
(b) Temperature / Suhu										_____ °C										
(c) Pulse / Nadi										_____ beat per minute / berdegup per minit										
(d) Total serum bilirubin / Jumlah serum bilirubin										_____ µmol/L										
8. If hospitalisation is due to accident, please furnish / Jika kemasukan ke hospital adalah akibat kemalangan, sila beri butir																				
(a) Date & time of accident / Tarikh & masa kemalangan				DD MM YY at am / pm				_____ HH _____ BB _____ TT pada pagi / ptg												
(b) Nature of accident / Jenis kemalangan																				
(c) Nature of the injury / Jenis kecederaan																				
9. If hospitalisation is due to an illness, please furnish / Jika kemasukan ke hospital adalah akibat penyakit, sila beri butir																				
(a) What were the symptoms the Patient complained of when he/ she first saw you? / Apakah simptom yang diberitahu oleh Pesakit ketika pertama kali dia berjumpa dengan																				
(b) According to patient, how long had he/she been experiencing these symptoms? / Berdasarkan maklumat diberi oleh pesakit, berapa lamakah dia telah mengalami simptom tersebut?																				
(c) In your professional opinion, how long has the above condition existed? / Berapa lamakah yang anda rasakan simptom ini telah wujud?																				



iBABY CLAIM - PAEDIATRICIAN ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN iBABY - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT PEDIATRIK

	(d) Has the Patient previously received any treatment for above symptoms? If so, please furnish name, address of doctors and dates of consultation. <i>Pernahkah sebelum ini Pesakit menerima rawatan untuk simptom di atas? Jika ada, sila nyatakan nama, dan alamat</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
10.	The date on which you first saw the Patient for this illness / injury / condition. / <i>Tarikh pertama kali anda memberi rawatan kepada Pesakit bagi penyakit / kecederaan / keadaan ini.</i>	DD MM YY at am / pm ____ HH ____ BB ____ TT pada pagi / ptg
11.	Was the Patient referred to your hospital by any other doctor? If yes, please enclose a copy of referral letter and indicate his/her name and address. / <i>Adakah Pesakit dirujuk kepada hospital anda oleh doktor yang lain? Jika ada, sila bagi surat rujukan dan nyatakan nama dan alamat doktor</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
12.	Has any investigation, test or procedure been performed? If so, please furnish a certified true copy of the result. <i>Adakah sebarang siasatan, ujian atau prosedur dilakukan? Jika ada, sila sertakan satu salinan hasil siasatan yang</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
13.	What was the underlying cause? <i>Apakah punca penyebabnya?</i>	
14.	What was the final diagnosis? / <i>Apakah diagnosis akhir?</i>	
15.	Did you inform the patient of the diagnosis? If so, when? <i>Adakah anda memberitahu pesakit tentang diagnosis tersebut? Jika ada, bila?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak DD MM YY at am / pm ____ HH ____ BB ____ TT pada pagi / ptg
16.	Nature of medical treatment given. <i>Jenis rawatan perubatan diberi.</i>	
17	Was the condition related to? / <i>Adakah penyakit tersebut berkait paut dengan?</i>	
(a)	Complications from Fertility Treatment except IVF/IUI/ICI <i>Komplikasi akibat Rawatan Kesuburan kecuali IVF/IUI/ICI</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
(b)	Pregnancy with more than two fetuses <i>Kehamilan yang lebih daripada dua fetus</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
(c)	AIDS/ HIV positive/ Sexually Transmitted Disease <i>AIDS/ HIV positif / Penyakit berjangkit melalui hubungan sex.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
(d)	Being under influence of alcohol/drug/intoxicants <i>Di bawah pengaruh alkohol/dadah/keracunan.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
(e)	Pregnancy/Childbirth/Infertility/Impotence <i>Kehamilan/Melahir anak/ Kemandulan/Impoten</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
(f)	Physical Examinations/Health Check-ups / <i>Pemeriksaan fizikal/Pemeriksaan Kesehatan</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
(g)	Suicide/Attempted Suicide while sane or insane/Self-inflicted injuries of the baby's mother <i>Bunuh diri/Cubaan Membunuh Diri sama ada siaman atau tidak siaman/ Kecederaan diri sendiri dicetuskan oleh ibu bayi</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____
(h)	Violation of Laws / Strike / Riots <i>Actviti Jenayah/Mogok/ Rusuhan</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Since when? / <i>Sejak bila?</i> _____



iBABY CLAIM - PAEDIATRICIAN ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
TUNTUTAN iBABY - KENYATAAN DOKTOR YANG MERAWAT PEDIATRIK

18.	For surgery / Untuk pembedahan	
(a)	Nature of operation performed <i>Jenis pembedahan yang dilakukan</i>	
(b)	MMA code / PHFSR code	
(c)	Name of surgeon/ <i>Nama pakar bedah</i>	
(d)	Date surgery performed <i>Tarikh pembedahan dilakukan</i>	DD MM YY HH BB TT
19.	Any possibility of Patient having a relapse disease? <i>Adakah kemungkinan Pesakit menghidapi penyakit berulang?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i>
20.	Has the Patient previously been treated or hospitalised in this or any other hospital or clinic for this or any other disease? If yes, please state. / <i>Pernahkah sebelum ini Pesakit diberi rawatan atau dimasukkan ke hospital ini atau hospital-hospital lain atau klinik untuk rawatan penyakit ini atau penyakit-penyakit lain? Sila nyatakan.</i>	
	Date / <i>Tarikh</i>	Illness / <i>Penyakit</i> Hospital / Clinic / <i>Hospital / Klinik</i>
21.	Please provide any other information that will enable us to assess this claim. / <i>Sila berikan maklumat lain yang akan membolehkan kami menilai tuntutan ini.</i>	
I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief. <i>Saya dengan ini mengaku bahawa setiap dan semua jawapan di atas adalah benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.</i>		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p>Signature and Official Stamp / <i>Tandatangan dan Cop Amalan</i></p>		Name / <i>Nama:</i>
		Professional Qualification: <i>Kelayakan Professional:</i>
		Address/ <i>Alamat:</i>
		Date / <i>Tarikh</i> : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DD / TT MM / BB YYYY / TTTT