



## INDIVIDUAL MEDICAL CLAIM FORM / BORANG TUNTUTAN PERUBATAN INDIVIDU

## Important Notes:

- One form for **ONE** admission and Pre and Post Hospitalisation visit.
- Claim must be submitted within 30 days from the date of discharge for hospitalisation and from date of consultation for outpatient visit.
- For overseas treatment, please provide (i) original bill and itemised bills; (ii) original receipt; (iii) medical and investigation reports; (iv) referral letter (if any); (v) copy of the police report (if any) or driving license for road traffic accident; and (vi) copy of the claimant's passport showing the departure and arrival dates, along with the flight ticket or boarding pass. If the bills or other documents are in a foreign language, kindly provide an English translation for the same.
- For excess amount to be claimed from first Takaful Operator or Insurer, to provide claim worksheet or settlement with all the supporting documents and must be Certified True Copy (CTC) from the first Takaful Operator or Insurer. The CTC is not applicable for the original receipt paid by the Participant.

## Nota-nota Penting:

- Satu borang untuk **SATU** kemasukan serta lawatan sebelum atau selepas penghospitalan.
- Tuntutan mesti dikemukakan dalam tempoh 30 hari dari tarikh discaj bagi penghospitalan dan dari tarikh konsultasi bagi lawatan pesakit luar.
- Untuk rawatan luar negara, sila kemukakan (i) bil asal dan bil terperinci; (ii) resit asal; (iii) laporan perubatan dan penyiasatan; (iv) surat rujukan (jika ada); (v) salinan laporan polis (jika ada) atau lesen memandu untuk kemalangan jalan raya; dan (vi) salinan pasport penuntut yang menunjukkan tarikh pelepasan dan ketibaan, bersama tiket penerbangan dan pas naik. Sekiranya bil atau dokumen-dokumen lain adalah di dalam bahasa asing, sila kemukakan terjemahan Bahasa Inggeris untuk bil atau dokumen tersebut.
- Untuk lebih jumlah yang ingin dituntut daripada Pengendali Takaful atau Insuran pertama, sila sertakan helaian kerja tuntutan atau penyelesaian bersama semua dokumen sokongan dan mestilah Salinan Diakui Sah (CTC) daripada Pengendali Takaful atau Insuran pertama. CTC tidak diperlukan untuk resit asal yang dibayar oleh Peserta.

## CHECKLIST ON SUBMISSION OF CLAIM DOCUMENTS / SENARAI SEMAK UNTUK PENYERAHAN DOKUMEN TUNTUTAN

<input type="checkbox"/> <b>Hospitalisation or Daycare Treatment / Penghospitalan atau Rawatan Harian</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Original receipt (deposit and final payment); / Resit asal (deposit dan bayaran akhir);</li> <li>Original bill and itemised bill; / Bil asal dan bil terperinci;</li> <li>Medical report or Section II of this form; / Laporan perubatan atau Bahagian II borang ini;</li> <li>Copy of investigation report (lab or imaging); / Salinan laporan penyiasatan (makmal atau pengimejan);</li> <li>Referral letter (if any); / Surat rujukan (jika ada);</li> <li>Discharge note for daily cash allowance (government hospital); / Nota discaj untuk elaun tunai harian (hospital kerajaan);</li> <li>Copy of driving license for road traffic accident; and / Salinan lesen memandu bagi kemalangan jalan raya; dan</li> <li>Copy of police report for road traffic accident (if any); / Salinan laporan polis bagi kemalangan jalan raya (jika ada).</li> </ol>	<input type="checkbox"/> <b>Pre and Post Hospitalisation / Sebelum dan Selepas Penghospitalan</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Original receipt (deposit and final payment); / Resit asal (deposit dan bayaran akhir);</li> <li>Original bill and itemised bill; / Bil asal dan bil terperinci;</li> <li>Copy of investigation report (lab or imaging); / Salinan laporan penyiasatan (makmal atau pengimejan);</li> <li>Referral letter (if any); and / Surat rujukan (jika ada); dan</li> <li>Physiotherapy details - Visit date and amount for each treatment session done/appointment card (Advance payment NOT accepted). / Butiran fisioterapi - Tarikh lawatan dan jumlah bagi setiap sesi rawatan / kad janji temu (Bayaran pendahuluan TIDAK diterima).</li> </ol> <p>Note: Section II of the Medical Claim Form is not required to be filled. / Nota: Bahagian II Borang Tuntutan Perubatan tidak perlu diisi.</p>	<input type="checkbox"/> <b>Accidental Claim (Outpatient) / Tuntutan Kemalangan (Rawatan Luar)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Original receipt (deposit and final payment); / Resit asal (deposit dan bayaran akhir);</li> <li>Original bill and itemised bill; / Bil asal dan bil terperinci;</li> <li>Memo from the treating doctor for the cause of accident, date, time and final diagnosis; / Memo daripada doktor yang merawat mengenai punca kemalangan, tarikh, masa, dan diagnosis akhir;</li> <li>Copy of investigation report (lab or imaging); and / Salinan laporan penyiasatan (makmal atau pengimejan); dan</li> <li>Referral letter (if any). / Surat rujukan (jika ada).</li> </ol>
---	---	---

Please complete this form in full in CAPITAL LETTERS and tick [✓] the boxes as appropriate. / Sila lengkapkan borang ini sepenuhnya dengan HURUF BESAR dan tanda [✓] pada kotak yang berkenaan.

## SECTION I: To be completed by the Participant/Person Covered (Patient) / BAHAGIAN I: Untuk diisi oleh Peserta/Orang Yang Dilindungi (Pesakit)

Remarks: All fields marked with (\*) are compulsory. / Catatan: Semua ruangan yang bertanda (\*) adalah wajib diisi.

## A. PARTICIPANT INFORMATION / MAKLUMAT PESERTA

1	Certificate/e-Certificate No. / No. Sijil/e-Sijil	
2	* Full Name / Nama Penuh	
3	* NRIC No. / No. Kad Pengenalan:	
4	Other ID No. / No. ID Lain	
5	Product Name / Nama Produk:	
6	* Mobile No. / No. Telefon Bimbit:	
7	* Email Address / Alamat E-mel	

## B. PERSON COVERED (PATIENT) INFORMATION / MAKLUMAT ORANG YANG DILINDUNGI (PESAKIT)

1	* Full Name / Nama Penuh	<input type="checkbox"/> The Person Covered is the same person as the Participant. / Orang Yang Dilindungi adalah orang yang sama dengan Peserta
2	* NRIC No. / No. Kad Pengenalan:	
3	Other ID No. / No. ID Lain:	

## C. IF HOSPITALISATION/INJURY DUE TO ACCIDENT / JIKA PENGHOSPITALAN/KECEDERAAN AKIBAT KEMALANGAN

1	Date and Time of Accident / Tarikh dan Masa Kemalangan	DD / MM / YYYY : HH Hours / Jam
2	Place of Accident & How Did the Accident Occur / Tempat Kemalangan & Bagaimana Kemalangan Bertaku	

**D. REASON FOR LATE CLAIM SUBMISSION (IF APPLICABLE) / SEBAB KELEWATAN PENYERAHAN TUNTUTAN (JIKA BERKENAAN)**

For claims submitted more than 30 days from date of discharge for hospitalisation and from date of consultation for outpatient visit. / Untuk tuntutan yang dikemukakan lebih daripada 30 hari dari tarikh discaj bagi penghospitalan dan dari tarikh konsultasi bagi lawatan pesakit luar.

**Note:** The acceptance of this late claim submission is subject to Takaful Malaysia's assessment and approval.  
**Nota:** Penerimaan tuntutan yang diserahkan lewat ini tertakluk kepada penilaian dan kelulusan Takaful Malaysia.

Please provide the reason for late claim submission. Attach supporting documents where applicable. / Sila nyatakan sebab kelewatan penyerahan tuntutan. Lampirkan dokumen sokongan jika berkenaan.


**E. DIRECT CREDIT INSTRUCTION / ARAHAN PEMINDAHAN TERUS****Important Notes / Nota-nota Penting:**

- By default, approved claims payments will be credited into the Participant's Bank Account. / Secara default, bayaran tuntutan yang diluluskan akan dipindahkan terus ke Akaun Bank Peserta.
- If no bank account information is provided earlier, kindly provide Takaful Malaysia such information which will be treated as new enrolment of bank account number for this claim and future transactions. / Jika maklumat akaun bank tidak diberikan sebelum ini, sila berikan maklumat tersebut kepada Takaful Malaysia yang akan dianggap sebagai pendaftaran baru nombor akaun bank untuk tuntutan ini dan transaksi akan datang.
- The bank account holder name and the claimant must be the same person. / Nama pemegang akaun bank dan penuntut mesti orang yang sama.

1	Bank Account Holder Name / Nama Pemegang Akaun Bank	
2	Bank Account No. / No. Akaun Bank	
3	Bank Name / Nama Bank	

**Terms and Conditions / Terma-terma dan Syarat-syarat:**

- Direct Credit facility is only applicable for bank accounts maintained in Malaysia. For overseas customers, we will assess and allow overseas accounts on a case-by-case basis.  
Kemudahan Pindahan Terus hanya terpakai untuk akaun bank yang dikendalikan di Malaysia. Bagi pelanggan luar negara, kami akan menilai dan membenarkan akaun luar negara berdasarkan pertimbangan setiap kes.
- Direct Credit facility is applicable for the Participant's bank account only. Payment to other beneficiaries is to be considered on case-by-case basis.  
Kemudahan Pindahan Terus hanya terpakai untuk akaun bank Peserta sahaja. Pembayaran kepada benefisiari lain akan dipertimbangkan berdasarkan pertimbangan setiap kes.
- The Participant is to furnish a copy of the bank passbook or bank statement and the NRIC no./Passport no. that was used to open the bank account for verification purpose.  
Peserta perlu menyediakan salinan buku akaun bank atau penyata bank serta nombor Kad Pengenalan/nombor Pasport yang digunakan untuk membuka akaun bank tersebut bagi tujuan pengesahan.
- If the copy of bank passbook or bank statement is not provided, the Participant is deemed to have confirmed the bank account details provided in this form as valid and accurate. In the event of any invalid/inaccurate bank account details provided by the Participant results in payment being credited into a third party bank account, the payment made thereto is still deemed as full payment for Refund/Surrender/Partial Withdrawal/Claims/Cancellation/Others and Takaful Malaysia shall be released and fully discharged from all existing and future liabilities, claims and demands in relation to such Refund/Surrender/Partial Withdrawal/Claims/Cancellation/ Others.  
Sekiranya salinan buku akaun bank atau penyata bank tidak disediakan, Peserta dianggap telah mengesahkan bahawa butiran akaun bank diberikan dalam borang ini adalah sah dan tepat. Sekiranya terdapat butiran akaun bank yang tidak sah/tidak tepat yang menyebabkan pembayaran dipindahkan ke akaun pihak ketiga, pembayaran tersebut masih dianggap sebagai pembayaran penuh untuk Pemulangan/Penyerahan/Pengeluaran Sebahagian/Tuntutan/Pembatalan/Lain-lain dan Takaful Malaysia akan dibebaskan serta dilepaskan sepenuhnya daripada semua liabiliti, tuntutan dan permintaan sedia ada dan akan datang berkaitan dengan Pemulangan/Penyerahan/Pengeluaran Sebahagian/Tuntutan/Pembatalan/Lain-lain tersebut.

**F. DECLARATION AND AUTHORISATION / PENGAKUAN DAN KEBENARAN**

- I declare that the information given above are true and complete to the best of my knowledge and belief.  
Saya mengaku bahawa maklumat yang diberikan di atas adalah benar dan lengkap setakat pengetahuan dan kepercayaan saya.
- I understand the delivery of this form is in no way an admission of Syarikat Takaful Malaysia Keluarga Berhad's ("Takaful Malaysia") liability and payment to the hospital by Takaful Malaysia or its representative shall not be construed as final admission of Takaful Malaysia's liability for this and any further claims arising. Takaful Malaysia reserves all rights for evaluation as appropriate.  
Saya faham bahawa penghantaran borang ini bukanlah pengakuan liabiliti oleh Syarikat Takaful Malaysia Keluarga Berhad ("Takaful Malaysia") dan pembayaran kepada hospital oleh Takaful Malaysia atau wakilnya tidak boleh dianggap sebagai pengakuan akhir liabiliti Takaful Malaysia untuk tuntutan ini dan tuntutan-tuntutan selanjutnya yang mungkin timbul. Takaful Malaysia berhak untuk menilai tuntutan ini mengikut kesesuaian.
- I am fully aware of the limits under the above-mentioned certificate. I hereby undertake to settle/reimburse any medical expenses exceeding my entitlement under the said certificate, or that is not covered by the same.  
Saya sedar sepenuhnya tentang had-had di bawah sijil yang dinyatakan di atas. Saya dengan ini berjanji untuk menyelesaikan/membayar balik apa-apa perbelanjaan perubatan yang melebihi hak saya di bawah sijil tersebut, atau yang tidak dilindungi oleh sijil yang sama.
- I hereby irrevocably authorise any organisation, institution, or individual that has any record or knowledge of my health and medical history or treatment or advice that has been or may hereafter be consulted, other personal information or details of related injury/illness, to disclose to Takaful Malaysia or its representative such information. This authorisation shall bind my successors and assigns and remain valid notwithstanding my/Person Covered's death or incapacity insofar as legally possible. A photocopy of this authorisation shall be valid as the original. I agree that in the event I make, or have in the past made, any false or untrue statement and/or suppressed and/or concealed any material facts in respect of my/the Person Covered's condition, Takaful Malaysia shall absolutely forfeit my/the Person Covered's right to compensation and further reserves the right to recover any amounts paid earlier as a result thereof.  
Saya dengan ini memberi kebenaran yang tidak boleh ditarik balik kepada mana-mana organisasi, institusi atau individu yang mempunyai rekod atau maklumat mengenai sejarah kesihatan dan perubatan saya atau rawatan atau nasihat yang telah atau mungkin akan diberikan, maklumat peribadi lain atau butiran mengenai kecederaan/penyakit yang berkaitan, untuk mendedahkan maklumat tersebut kepada Takaful Malaysia atau wakilnya. Kebenaran ini mengikat pengganti dan penerima serah hak saya serta tetap sah walaupun saya/Orang Yang Dilindungi telah meninggal dunia atau tidak berupaya setakat yang dibenarkan oleh undang-undang. Salinan fotostat kebenaran ini adalah sah sama seperti yang asal. Saya bersetuju bahawa sekiranya saya membuat atau pernah membuat sebarang kenyataan palsu atau tidak benar dan/atau menyetak dan/atau menyembunyikan fakta penting berkaitan keadaan saya/Orang Yang Dilindungi, Takaful Malaysia berhak untuk membatalkan hak saya/Orang Yang Dilindungi ke atas pampasan dan berhak menuntut semula sebarang bayaran yang telah dibuat sebelum ini sebagai akibat daripadanya.
- I have read and understood the Privacy Notice made available on Takaful Malaysia's website at www.takaful-malaysia.com.my. I agree that any of my personal information collected or held by Takaful Malaysia (whether contained in this form or otherwise obtained) ("my personal information") may be held, used, and disclosed by Takaful Malaysia to individuals or organisations related to or associated with Takaful Malaysia or any selected third party (within or outside of Malaysia, including retakaful and claims investigation companies and industry associations/federations) for the purpose of processing this claim application and providing subsequent service for the certificate, in the manner set out in the said Privacy Notice. I understand that I have the right to obtain access to and to request correction of any of my personal information by contacting Takaful Malaysia's Customer Service Unit at 1-300 88 252 385 or email to [csu@takaful-malaysia.com.my](mailto:csu@takaful-malaysia.com.my).  
Saya telah membaca dan memahami Notis Privasi yang disediakan di laman web Takaful Malaysia di [www.takaful-malaysia.com.my](http://www.takaful-malaysia.com.my). Saya bersetuju bahawa mana-mana maklumat peribadi saya yang dikumpul atau disimpan oleh Takaful Malaysia (sama ada yang terkandung dalam borang ini atau diperolehi melalui cara lain) ("maklumat peribadi saya") boleh disimpan, digunakan dan didedahkan oleh Takaful Malaysia kepada individu atau organisasi yang berkaitan dengan Takaful Malaysia atau pihak ketiga terpilih (dalam atau luar Malaysia, termasuk syarikat retakaful, penyiasatan tuntutan dan persatuan/federasi industri) untuk tujuan pemprosesan permohonan tuntutan ini dan penyediaan perkhidmatan berkaitan sijil tersebut, mengikut cara yang dinyatakan dalam Notis Privasi tersebut. Saya faham bahawa saya mempunyai hak untuk mengakses dan meminta pembetulan maklumat peribadi saya dengan menghubungi Unit Khidmat Pelanggan Syarikat di 1-300 88 252 385 atau emel ke [csu@takaful-malaysia.com.my](mailto:csu@takaful-malaysia.com.my).

Signature of Participant / Tandatangan Peserta: \_\_\_\_\_

Date / Tarikh:

D	D	/	M	M	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**SECTION II: To be completed by the Attending Doctor / BAHAGIAN II: Untuk diisi oleh Doktor Merawat**

Remarks: Please answer all questions. / Catatan: Sila jawab semua soalan.

1	Patient Full Name / Nama Penuh Pesakit	<table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																	
2	NRIC No./Other ID No. / No. Kad Pengenalan/No. ID Lain: <table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>													3	Age / Umur: <table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				4	Gender / Jantina: <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan															
5	Admission Date and Time / Tarikh dan Masa Kemasukan: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td> / <td> </td><td> </td><td> </td> / <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> : <td> </td><td> </td> Hours / Jam</tr></table>																																		

 6 | Discharge Date / Tarikh Discaj:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--| || 7 | a) Symptoms/Conditions requiring admission / Gejala/Keadaan yang memerlukan kemasukan: \_\_\_\_\_ | | b) How long has the Patient been aware of the condition / Berapa lama Pesakit telah menyedari keadaan ini: \_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
	c) Patient's BP/Temp/Pulse / Tekanan Darah/Suhu/Nadi Pesakit: \_\_\_\_\_																																																																																																																										
	d) Date symptoms first appeared / Tarikh gejala mula muncul:															--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--																--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--			e) Date first consulted / Tarikh pertama mendapatkan rawatan:															--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--																--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--									
8	a) Admitting Diagnosis / Diagnosis Semasa Kemasukan: \_\_\_\_\_		b) Cause and pathology underlying the present diagnosis / Punca dan patologi yang mendasari diagnosis semasa: i) \_\_\_\_\_ ii) \_\_\_\_\_ iii) \_\_\_\_\_																																																																																																																								
	c) Diagnosis confirmed on / Diagnosis disahkan pada:															--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--																--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--																																																																			
	d) Advised Patient on / Menasihati Pesakit pada:															--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--																--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--			e) Any possibility of relapse / Sebarang kemungkinan kambuh semula:   Yes / Ya     No / Tidak																																																																
9	a) Any previous consultation/treatment/hospitalisation for this symptom/illness or related conditions, or other disorders whether in this hospital or any other facilities / Adakah sebarang konsultasi/rawatan/penghospitalkan sebelum ini bagi gejala/penyakit ini atau keadaan yang berkaitan, atau sebarang gangguan lain, sama ada di hospital ini atau mana-mana fasiliti lain?   Yes / Ya     No / Tidak																																																																																																																										
	b) Was this Patient referred? If Yes, please provide details / Adakah Pesakit ini dirujuk? Jika Ya, sila nyatakan butiran: \_\_\_\_\_																																																																																																																										
	c) If this condition existed before symptoms became apparent to the Patient, please indicate in your professional opinion how long has the condition existed / Sekiranya keadaan ini telah wujud sebelum gejala dikenal pasti oleh Pesakit, sila nyatakan tempoh kewujudan keadaan ini berdasarkan penilaian profesional anda:  Date / Tarikh															--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--																--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	Disease/Disorder / Penyakit/Gangguan: \_\_\_\_\_      Details of Treatment/Hospitalisation / Butiran Rawatan/Penghospitalkan: \_\_\_\_\_      Doctor/Hospital/Clinic / Doktor/Hospital/Klinik: \_\_\_\_\_																																																																		
	d) Can the condition be managed under the Outpatient basis / Bolehkah keadaan ini diuruskan secara Rawatan Pesakit Luar?  Yes / Ya     No / Tidak  If No, please provide reasons of admission / Jika Tidak, sila nyatakan sebab kemasukan: \_\_\_\_\_																																																																																																																										
10	Any other medical or surgical conditions present / Adakah terdapat sebarang keadaan perubatan/pembedahan lain?  Yes / Ya     No / Tidak  If yes, details below / Jika Ya, butiran seperti di bawah:																																																																																																																										
	a) \_\_\_\_\_ since / sejak															--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--																--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--																																																																			
	b) \_\_\_\_\_ since / sejak															--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--																--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--																																																																			
11	a) Final Diagnosis/ICD Coding / Diagnosis Akhir/Kod ICD: i) \_\_\_\_\_ ii) \_\_\_\_\_ iii) \_\_\_\_\_					b) Cause and pathology of the diagnosis / Punca dan patologi bagi diagnosis: \_\_\_\_\_																																																																																																																					
12	Treatment given/Investigation done (Please supply copy of all investigation results) / Rawatan yang telah diberikan/Penyiasatan yang telah dijalankan (Sila lampirkan salinan semua keputusan penyiasatan):															--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--																--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--																																																																			
13	a) Surgical procedures performed / Prosedur pembedahan yang dijalankan: b) Malaysian Medical Association (MMA) Code/ Kod MMA (Persatuan Perubatan Malaysia): \_\_\_\_\_								c) Date of surgery/procedure / Tarikh pembedahan/prosedur:															--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--																--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--																																																											
14	Treatment given/Investigation done (Please supply copy of all investigation results) / Rawatan yang telah diberikan/Penyiasatan yang telah dijalankan (Sila lampirkan salinan semua keputusan penyiasatan):																																																																																																																										
	a)  Childbirth/Infertility/Caesarean Section/Miscarriage or any Complications / Kelahiran anak/Masalah Kesuburan/Pembedahan Caesarean/Keguguran atau sebarang Komplikasi					e)  Cosmetic Reason/Dental Care/Refractive Errors Correction / Sebab Kosmetik/Rawatan Pergigian/Pembetulan Rabun																																																																																																																					
	b)  Congenital/Hereditary Disease / Penyakit Kongenital/Keturunan					f)  AIDS/STD/VD/HIV / AIDS/Penyakit Kelamin/HIV																																																																																																																					
	c)  Influence of Drugs/Alcohol / Pengaruh Dadah/Alkohol					h)  Self-inflicted Injuries/Violation of Laws/Strike/Riots / Kecederaan disebabkan Diri Sendiri/Pelanggaran Undang-undang/Mogok/Rusuhan																																																																																																																					
	d)  Nervous/Mental/Emotional/Sleeping Disorder / Gangguan Saraf/Mental/Emosi/Tidur					g)  None of the above / Tiada yang dinyatakan di atas																																																																																																																					
15	Was the Patient pregnant at the time of hospitalisation? (For female only) / Adakah Pesakit sedang hamil semasa penghospitalkan? (Untuk wanita sahaja)     No / Tidak     Yes / Ya \_\_\_\_\_ months / bulan																																																																																																																										
16	I hereby certify that I have personally examined and treated the Patient for his/her injuries/illness described above and that the facts as stated above represent my medical opinion of his/her condition. / Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya secara peribadi telah memeriksa dan merawat Pesakit bagi kecederaan/penyakit seperti yang dinyatakan di atas, dan segala fakta yang dinyatakan di atas adalah pendapat perubatan saya terhadap keadaan Pesakit.																																																																																																																										
	Name & Signature of Attending Doctor / Nama & Tandatangan Doktor Merawat				Doctor/Hospital Stamp / Cop Rasmi Doktor/Hospital				Date / Tarikh:															--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--																--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--																																																											