

JABATAN KEWANGAN

BORANG PENGENAAN CAJ BAGI PESAKIT LUAR (KLINIK/ KAUNTER)

LOKASI KLINIK/ KAUNTER :

BIL KEPADA :

NAMA PESAKIT:

MRN :

STATUS : Warganegara/ Bukan Warganegara

BIL.	JENIS RAWATAN
1	LAWATAN (VISIT) KLINIK ☐ Pendaftaran Baru ☐ Rawatan Ulangan ☐ Kes Kecemasan (Termasuk Ubat) ☐ Kes Bukan Kecemasan (Termasuk Ubat)
2	UBAT ☐ Ubat 2 minggu ☐ Ubat 1 bulan <i>(Jika lebih, sila nyatakan tempoh bekalan : ____ bulan)</i>
3	PERKHIDMATAN RAWATAN ☐ E.C.G di Poliklinik Warga ☐ E.C.G di Makmal Pemeriksaan ☐ Exercise Stress Test ☐ Holter (Nyatakan bilangan hari ujian dijalankan: ____) ☐ 2D Echocardiogram ☐ Lung Function Test (Respiratory) ☐ Lung Function Test (pre and post bronchodilator) ☐ Ujian Mantoux
4	PEMERIKSAAN RADIOLOGI ☐ X-Ray (Nyatakan : _____) ☐ Ultrasound di Poliklinik Warga ☐ Ultrasound di Jabatan Radiologi (Nyatakan : _____) ☐ CT (Nyatakan : _____) ☐ With Contrast ☐ Without Contrast ☐ MRI

BIL.	JENIS RAWATAN
5	UJIAN MAKMAL ☐ FBC ☐ FBP ☐ Glucose Fasting ☐ HBA1C ☐ Uric Acid ☐ Renal Profile ☐ Fasting Serum Lipid (FSL) ☐ Liver Function Test (LFT) ☐ Thyroid Function Test (TFT) ☐ Urinalysis (UFEME) and microscopy ☐ ESR ☐ Urine PCI ☐ Urine ACR
6	LAIN-LAIN PERKHIDMATAN ☐ IM/ SC/ IV Injection ☐ Toilet and Suturing (T&S) - ED ☐ STO (Suture Removal) ☐ Wound Dressing ☐ IV Drip (Infusion) ☐ Plaster of Paris (P.O.P) or Backslab ☐ Urine Dipstick - ujian di klinik ☐ Urine Pregnancy Test - Ujian di klinik ☐ Lain-lain perkhidmatan dilaksanakan, sila nyatakan: (Nyatakan : _____) (Nyatakan : _____) (Nyatakan : _____) (Nyatakan : _____) (Nyatakan : _____) (Nyatakan : _____)

Nota:

Diisikan oleh Kerani Kaunter/ Klinik sekiranya pesakit tidak membuat bayaran tunai bagi caj yang dikenakan.

(Sila pastikan pesakit mempunyai Surat Jaminan yang sah dan dikepilkan bersama borang ini)

Tandatangan Kerani Kaunter/ Klinik : _____

Tarikh: _____