

JABATAN MAKLUMAT KESIHATAN • DEPARTMENT OF HEALTH INFORMATION
BORANG PERMOHONAN LAPORAN PERUBATAN
APPLICATION FORM FOR MEDICAL REPORT

1. MAKLUMAT PEMOHON / DETAILS OF APPLICANT	
Nama Pemohon : Name of Applicant	
No. Kad Pengenalan : Identity Card No.	Hubungan dengan Pesakit : Relationship with Patient
Alamat Pemohon : Applicant Address	
No. Tel (Rumah / Home) :	No. Tel (Bimbit / Mobile) :
2. MAKLUMAT PESAKIT / PATIENT INFORMATION	
Nama dan no. kad pengenalan seperti diatas / Name and Identity Card No same as above ☐	
Nama Pesakit : Name of Patient	No. Pendaftaran Pesakit (MRN) : Patient Registration No (MRN)
No. Kad Pengenalan : Identity Card No.	Pasport Warga Asing) : Passport (non-Citizen)
Jantina / Gender : Lelaki / Perempuan Male / Female	Umur / Age :
Rawatan di Klinik/ di Wad : Treatment in Clinic/ in Ward	
Tarikh : Date	Hingga : Until
3. BUTIRAN BAYARAN / DETAILS OF PAYMENT (permohonan melalui pos sahaja/ applications by post only)	
Kaedah bayaran / Method of Payment :	
i. Cek / Cheque ☐	iii. Perbankan Atas Talian / Online Banking ☐
ii. Wang Pos / Postal Order ☐	iv. Lain-lain / Others : ☐
*Sila lampirkan pembuktian pembayaran/Please attach proof of payment	
4. JENIS PERMOHONAN DAN TUJUAN / TYPE OF APPLICATION AND PURPOSE – Sila tandakan /Please Tick (/)	
i. Laporan Perubatan biasa / ringkas / pendapat Pakar Medical Report (Simple)	☐
ii. Laporan Terperinci Pakar / tuntutan insurans / laporan perubatan (peguam) Detail Specialist Report / Insurance Claim / Medical Report (Lawyer)	☐
iii. Lain-Lain, sila nyatakan : Others, please specify: _____	☐
Sila rujuk Kadar Caj Bayaran Laporan Perubatan di bahagian 9 / Charge for Medical Report please refer section 9.	
TUJUAN PERMOHONAN/ APPLICATION PURPOSE: _____	

5. KEIZINAN UNTUK MENGELUARKAN MAKLUMAT / CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION

Sila tandakan (/) jika ada surat keizinan yang dibawa oleh wakil / Please tick (/) if there is a letter of consent brought by the representative ☐

Saya dengan ini membenarkan pihak Hospital Canselor Tuanku Muhriz dan kakitangannya untuk mengeluarkan laporan perubatan (saya/pesakit/simati) yang bernama di atas kepada:

I hereby authorize Hospital Canselor Tuanku Muhriz and staff to disclose my / patient's / deceased's medical report as named above to :

(Nama pemohon (individu/agensi) / Applicant name (Individual/Organization))

dan dengan ini juga melepaskan pihak Hospital Canselor Tuanku Muhriz dan kakitangannya daripada sebarang tanggungjawab dan tanggungan undang-undang yang mungkin berbangkit daripada keizinan ini / and hereby absolve Hospital Canselor Tuanku Muhriz and staff from all responsibility and liability that may arise from this consent.

Tandatangan / Signature :

Nama Pesakit / Waris

Name of Patient / Next-of-Kin :

No. Kad Pengenalan / Identity Card No. :

Tarikh / Date :

Tandatangan / Signature :

Nama Saksi

Name of Witness :

No. Kad Pengenalan / Identity Card No. :

Tarikh / Date :

6. KAEDAH PENERIMAAN LAPORAN / METHOD OF COLLECTION – Sila tandakan /Please Tick (/)

i. Kaunter (ambil sendiri) / Counter (self pickup) ☐

ii. Pos berdaftar (luar lembah Klang) / Registered Post (Outside Klang Valley) ☐

Pemohon dengan ini mengakui dan bersetuju bahawa adalah menjadi tanggungjawab pemohon untuk mengambil laporan bertulis. Sekiranya pemohon memilih untuk penghantaran/pengambilan pihak ketiga, pemohon akan bertanggungjawab sepenuhnya untuk mengatur serta menerima terma & syarat pengambilan/kurier oleh HCTM. HCTM tidak bertanggungjawab untuk sebarang kehilangan, kerosakan, kecurian atau kelewatan penghantaran./

Applicant hereby acknowledge and agree that it is the applicant's responsibility to pickup the written report. In the event that applicant elects for delivery/third party pickup applicant shall be solely responsible for arranging as well as accepting the terms & condition of third party pickup/courier services arranged by HCTM. HCTM is not liable for any loss, damage, theft or shipment delays.

Saya dengan ini mengesahkan telah membaca, faham dan menerima syarat laporan perubatan seperti dinyatakan. /

I hereby declare that I have read and understand the terms of medical report collection as stated.

Tandatangan/ Signature :

Nama pemohon/Name of Applicant :

Laporan perubatan perlu diambil selewatnya dalam tempoh dua bulan selepas pemakluman siap. Laporan yang gagal diambil/dituntut/dipulangkan semula oleh pihak kurier akan dilupuskan mengikut ketetapan terkini HCTM & Akta Arkib Negara. Keperluan mendapatkan laporan perubatan seterusnya perlu mengikut prosedur permohonan laporan baharu.

Medical report must be collected within two months after notification. Unclaimed report will be disposed as per HCTM policy & Arkib Negara Act. Further requirement will go through the new application.

7. SENARAI SEMAK / CHECKLIST:

Pemohonan boleh dibuat oleh / Application can be made by:

Sila tandakan (/) bagi yang berkaitan/ Please tick (/) which relevant

i. PESAKIT (sendiri) – **rujuk senarai semak (A)**
PATIENT (self) – **refer checklist (A)**

ii. IBU/BAPA (pesakit berumur 18 tahun ke bawah, anak telah meninggal dunia dan tidak berkahwin) - **rujuk senarai semak (B)**
PARENTS (if the patient is below 18 years old, deceased child or deceased unmarried patient) - **refer checklist (B)**

iii. SUAMI/ISTERI (sekiranya pesakit iaitu pasangan) telah meninggal dunia - **rujuk senarai semak (C)**
HUSBAND /WIFE (if the patient's spouse is deceased) - **refer checklist (C)**

iv. ADIK BERADIK (sekiranya tiada waris terdekat lain yang layak iaitu ibu, bapa, isteri atau anak yang berumur 18 tahun ke atas) - **rujuk senarai semak (D)**
SIBLINGS (if no others eligible next-of- kin such as mother, father, wife or children aged 18 years and above) - **refer checklist (D)**

v. AGEN / WAKIL (insurans, peguam dan pihak yang diberi kuasa) sila rujuk i, ii, iii atau iv mana yang berkenaan. Sila nyatakan :
AGENT / REPRESENTATIVE (insurance, lawyers) please refer to the statement i, ii, iii or iv whichever applicable. Please state :

8. PERHATIAN / ATTENTION:

- i. Pembatalan permohonan penyediaan laporan perubatan bagi tujuan tuntutan semula bayaran tidak diterima sekiranya laporan perubatan telah disediakan oleh Pakar/Pegawai Perubatan. /*Cancellation of application will not be accepted and no refund will be given when medical report has been completed by medical practitioner.*
- ii. Sila pastikan dokumen sokongan disediakan satu set bagi setiap permohonan (terpakai bagi lebih dari satu permohonan dalam masa yang sama) /*Please provide one set of complete documents for each application (applicable for more than one application at the same time).*
- iii. Bagi pungutan melalui kaunter, hanya pesakit atau wakil yang dinamakan atau yang membawa surat kuasa sahaja yang dibenarkan mengambil laporan. /*For collection at the counter, only the patient or the named representative or the one who carries the power of attorney is allowed to collect the report.*
- iv. Sila pastikan maklumat rawatan (Bahagian 2) diisi dengan jelas menyatakan tempat dan tarikh rawatan serta jenis penyakit bagi penyediaan laporan perubatan / *Please ensure the information related to treatment (Section 2) is written clearly with time and place of treatment.*
- v. Penggunaan cecair pemadam adalah **TIDAK DIBENARKAN** /*Use of liquid paper is NOT ALLOWED.*
- vi. Hanya permohonan dari luar kawasan Lembah Klang akan di pos (dinyatakan semasa permohonan dibuat) bagi mengelakkan kehilangan laporan / *Delivery by post only applicable for applicant outside Klang Valley (please stated in the form during application).*
- vii. Laporan perubatan perlu diambil dalam tempoh dua bulan selepas pemakluman diterima. Laporan yang gagal diambil/dituntut dan sekiranya berlaku pemulangan oleh pihak kurier (alamat salah) akan dilupuskan mengikut Akta Arkib Negara. / *The medical report must be taken within two months after the notification is received. Reports that fail to be collected/claimed and in the event of a return by the courier (wrong address) will be disposed of in accordance with the Arkib Negara Act.*

9. KADAR BAYARAN / CHARGES RATE:**Kadar Caj Bayaran Laporan Perubatan / Charge for Medical Report**

*Perintah Fee (Perubatan) 1982 dan Perintah Fee (Perubatan) Pindaan 2003 (tertakluk kepada kelulusan HCTM melalui jawatankuasa berkaitan)

Jenis Laporan Perubatan / Type of Medical Report	Warganegara / Citizen	Bukan Warganegara / Non Citizen
Laporan Biasa/Ringkas/Pendapat Pakar / Regular/Summary Medical Report	RM 80.00	RM 160.00
Laporan Perubatan Terperinci Pakar / Specialist Detail Report	RM 200.00 – RM 1,000.00	RM 400.00 – 2,000.00
Laporan Perubatan (Pegum/Insuran) / Medical Report (Law/Insurance Purpose)	RM 200.00 – RM 1,000.00	RM 400.00 – 2,000.00

Pengecualian bayaran (tertakluk peraturan terkini HCTM, dokumen pembuktian yang sah dan tujuan yang dibenarkan) seperti berikut :
Payment exemptions (subject to the latest HCTM regulations, with valid proof documents and permitted purposes) as follows:

- i. Agensi kerajaan (Polis, Mahkamah, Tentera)/ *Government agencies (Police, Courts, Military);*
- ii. Majikan/Wakil Majikan daripada Agensi Kerajaan (untuk tujuan pentadbiran)/ *Employers/Employer Representatives from Government Agencies (for administrative purposes);*
- iii. Pesakit berstatus OKU/ *Disabled patients;*
- iv. Biro Bantuan Guaman/ *Legal Aid Bureau;*

Bagi permohonan laporan perubatan untuk tujuan tuntutan insuran dan pengeluaran KWSP, tiada pengecualian diberikan bagi Pesakit berstatus OKU.
For the application of medical reports for the purpose of insurance claims and EPF withdrawals, no exception is given for patients with a disabled status.

10. UNTUK KEGUNAAN PEJABAT / FOR OFFICE USE

Permohonan diterima oleh / <i>Application received by:</i> Tandatangan/Signature: Nama/ Name :	Pesakit Menandatangani borang keizinan di kaunter/ <i>The patient signs the consent form at the counter</i> YA / YES ☐ TIDAK / NO ☐
--	---

SENARAI SEMAK / CHECKLIST- (A)

**PESAKIT (sendiri)
PATIENT (self)**

- | | | |
|------|---|--------------------------|
| i. | Surat keizinan ASAL yang ditandatangani oleh pesakit jika melalui pos. - <i>Original consent letter signed by patient if the application by post</i> | ☐ |
| ii. | Salinan Kad Pengenalan - <i>Copy of Identify Card</i> | ☐ |
| iii. | Salinan kad temujanji (muka depan) / ringkasan discaj - <i>Copy of appointment card (front page/cover) / discharge summary</i> | ☐ |
| iv. | Resit bayaran (jika berkaitan) - <i>Payment receipt (if necessary)</i> | ☐ |
| v. | Borang berkaitan (Insurans/ KWSP/ PERKESO/ Buruh 90 dll) – <i>Related Form (Insurance/ KWSP/ PERKESO/ Buruh 90 etc)</i> | ☐ |
| vi. | Akuan Permohonan/Penerimaan Rekod Perubatan Pesakit/Laporan Perubatan oleh Pihak Ketiga – <i>Declaration of Application/Receipt of Patient Medical Record/Medical Report by Third Party</i> | ☐ |
| vii. | Lain-lain dokumen yang berkaitan (sekiranya ada) - <i>Any other related document (if any)</i> | ☐ |

Saya.....No KP/ Paspot: (Talian saudara/ wakil agensi): dengan ini mengesahkan semua dokumen yang diserahkan seperti diatas adalah sah dan sahah bagi tindakan pihak Hospital mengeluarkan Laporan perubatan seperti yang dipohon oleh saya. /

I.....IC/Passport No.: (Next of kin/ agency representative): hereby certify that all the documents submitted as above are correct for the party's actions to issue a medical report as requested by me.

Tandatangan / Signature:

.....
Tarikh / Date:

SENARAI SEMAK / CHECKLIST- (B)

IBU/BAPA (waris pesakit berumur 18 tahun ke bawah, anak telah meninggal dunia dan tidak berkahwin)
PARENTS (legal next of kin/guardian if the patient is below 18 years old, deceased child or deceased unmarried patient)

- | | |
|---|--------------------------|
| i. Surat keizinan ASAL yang ditandatangani oleh ibu/bapa/penjaga jika melalui pos. - <i>Original consent letter signed by parent's/guardian if the application by post</i> | ☐ |
| ii. Salinan sijil lahir pesakit / kad pengenalan kanak-kanak. - <i>Copy of patient's birth certificate / identity card</i> | ☐ |
| iii. Salinan Kad Pengenalan Ibu bapa ATAU salinan Kad Pengenalan penjaga serta perintah mahkamah sebagai penjaga/Angkat Sumpah sebagai penjaga yang sah (bagi penjaga selain ibubapa) - <i>Copy of parent's Identify Card OR copy of legal guardian Identify Card with court order as legal guardian/ letter affidavit (if guardian other then parent)</i> | ☐ |
| iv. Salinan kad temujanji (muka depan) / ringkasan discaj - <i>Copy of appointment card (front page/cover) / discharge summary</i> | ☐ |
| v. Resit bayaran (jika berkaitan) - <i>Payment receipt (if necessary)</i> | ☐ |
| vi. Perintah Mahkamah (jika berkaitan) - <i>Court Order (if Applicable)</i> | ☐ |
| vii. Salinan Sijil Kematian pesakit yang telah disahkan benar (jika berkaitan) – <i>Certified true copy of the patient's Death Certificate (if Applicable)</i> | ☐ |
| viii. Borang berkaitan (Insurans/ KWSP/ PERKESO/ Buruh 90 dll) - <i>Related Form (Insurance/ KWSP/ PERKESO/ Buruh 90 etc)</i> | ☐ |
| ix. Akuan Permohonan/Penerimaan Rekod Perubatan Pesakit/Laporan Perubatan oleh Pihak Ketiga – <i>Declaration of Application/Receipt of Patient Medical Record/Medical Report by Third Party</i> | ☐ |
| x. Lain-lain dokumen yang berkaitan (sekiranya ada) - <i>Any other related document (if any)</i> | ☐ |

Saya.....No KP/ Paspot: (Talian saudara/ wakil agensi): dengan ini mengesahkan semua dokumen yang diserahkan seperti diatas adalah sah dan sahlah bagi tindakan pihak Hospital mengeluarkan Laporan perubatan seperti yang dipohon oleh saya. /

I.....IC/Passport No.: (Next of kin/ agency representative): hereby certify that all the documents submitted as above are correct for the party's actions to issue a medical report as requested by me.

Tandatangan / Signature:

.....
Tarikh / Date:

SENARAI SEMAK / CHECKLIST- (C)

**SUAMI/ISTERI (sekiranya pesakit iaitu pasangan) telah meninggal dunia.
SPOUSE of the deceased patient**

- | | | |
|------|---|--------------------------|
| i. | Salinan Kad Pengenalan pemohon - <i>Copy of the applicant's identity card</i> | ☐ |
| ii. | Salinan Sijil Perkahwinan - <i>Copy of marriage certificate</i> | ☐ |
| iii. | Salinan Sijil Kematian pesakit (yang telah disahkan benar) – <i>Certified true copy of the patient's Death Certificate</i> | ☐ |
| iv. | Salinan kad temujanji (muka depan) / ringkasan discaj - <i>Copy of appointment card (front page/cover) / discharge summary</i> | ☐ |
| v. | Resit bayaran (jika berkaitan) - <i>Payment receipt (if necessary)</i> | ☐ |
| vi. | Akuan Permohonan/Penerimaan Rekod Perubatan Pesakit/Laporan Perubatan oleh Pihak Ketiga - <i>Declaration of Application/Receipt of Patient Medical Record/Medical Report by Third Party</i> | ☐ |
| vii. | Lain-lain dokumen yang berkaitan (sekiranya ada) - <i>Any other related document (if any)</i> | ☐ |

Saya.....No KP/ Paspot: (Talian saudara/ wakil agensi): dengan ini mengesahkan semua dokumen yang diserahkan seperti diatas adalah sah dan sahii bagi tindakan pihak Hospital mengeluarkan Laporan perubatan seperti yang dipohon oleh saya. /

I.....IC/Passport No.: (Next of kin/ agency representative): hereby certify that all the documents submitted as above are correct for the party's actions to issue a medical report as requested by me.

Tandatangan / Signature:

.....
Tarikh / Date:

SENARAI SEMAK / CHECKLIST- (D)

**ADIK BERADIK (sekiranya tiada waris terdekat lain yang layak iaitu ibu, bapa, isteri atau anak yang berumur 18 tahun ke atas).
SIBLINGS (if no others eligible next-of- kin such as mother, father, wife or children aged 18 years and above)**

- | | |
|--|--------------------------|
| i. Salinan Kad Pengenalan pemohon - <i>Copy of the applicant's identity card</i> | ☐ |
| ii. Salinan Sijil Kelahiran pemohon dan pesakit - <i>Copy of the birth certificate of the applicant and patient</i> | ☐ |
| iii. Salinan Sijil Kematian pesakit (yang telah disahkan benar) – <i>Certified true copy of the patient's Death Certificate (Certified True Copy)</i> | ☐ |
| iv. Salinan Sijil Kematian ibu, bapa, isteri dan anak berumur 18 tahun ke atas (yang telah disahkan benar) - <i>Copies of Death Certificate of mother, father, wife and children aged 18 years and above (Certified True Copy)</i> | ☐ |
| v. Salinan kad temujanji (muka depan) / ringkasan discaj - <i>Copy of appointment card (front page/cover) / discharge summary</i> | ☐ |
| vi. Resit bayaran (jika berkaitan) - <i>Payment receipt (if necessary)</i> | ☐ |
| vii. Akuan Permohonan/Penerimaan Rekod Perubatan Pesakit/Laporan Perubatan oleh Pihak Ketiga - <i>Declaration of Application/Receipt of Patient Medical Record/Medical Report by Third Party</i> | ☐ |
| viii. Lain-lain dokumen yang berkaitan (sekiranya ada) - <i>Any other related document (if any)</i> | ☐ |

Saya.....No KP/ Pasport: (Talian saudara/ wakil agensi): dengan ini mengesahkan semua dokumen yang diserahkan seperti diatas adalah sah dan sahlah bagi tindakan pihak Hospital mengeluarkan Laporan perubatan seperti yang dipohon oleh saya. /

I.....IC/Passport No.: (Next of kin/ agency representative): hereby certify that all the documents submitted as above are correct for the party's actions to issue a medical report as requested by me.

Tandatangan / Signature:

.....
Tarikh / Date: