



**UNIT REKOD PERUBATAN  
HOSPITAL PORT DICKSON  
KM. 11, JALAN PANTAI,  
71050 SIRUSA, PORT DICKSON  
NEGERI SEMBILAN DARUL KHUSUS  
TEL : 06-6626333  
FAX : 06-6621094**



### Permohonan Laporan Perubatan / Laporan Bedah Siasat

<b>Maklumat Pemohon</b>		
Nama Pemohon :		
No. K.P / Passport :	Hubungan dengan pesakit :	
Alamat Pemohon :		
No. Tel : (Rumah)	(H/P)	
<b>Maklumat Pesakit / Simati</b>		
Nama Pesakit :		
No. K.P :(Baru)	(Lama)	No. Passport
Jantina : [ ] Lelaki [ ] Perempuan	Umur :	Klinik/Wad :
Tarikh mula rawatan di klinik pakar / Tarikh masuk hospital :		
Tarikh keluar hospital / Tarikh meninggal dunia / Tarikh Bedah Siasat :		
<b>Laporan yang dipohon (Sila tandakan ✓ )</b>		
i) Laporan perubatan biasa oleh Pegawai Perubatan (RM 40) (Warga Asing RM 92)	[ ]	
ii) Laporan ringkas / Pendapat disediakan oleh Pakar (RM 80) (Warga Asing RM 184)	[ ]	
iii) Laporan terperinci oleh pakar (RM 200- RM 1000 mengikut kerumitan) (Warga Asing RM 400 – RM 2000)	[ ]	
Laporan perubatan diperlukan untuk SENDIRI / PERKESO / KWSP / INSURANS / LAIN-LAIN : .....		
<b>Butiran Bayaran</b>		
Bersama ini disertakan Cek bernombor / No Kad Kredit ..... / Kiriman Wang / Kiriman Wang Pos / Wang Tunai berjumlah RM ..... ( Ringgit Malaysia ..... ) bagi bayaran laporan tersebut.		
<b>Keizinan daripada pesakit</b>		
Saya membenarkan pihak hospital mengeluarkan laporan perubatan ..... kepada pemohon di atas dan melepaskan pihak hospital dari sebarang tindakan perundangan yang berkaitan dengannya.		
Tandatangan / Cap Jari	Tandatangan	
.....	.....	
Nama pesakit / waris : .....	Nama Saksi : .....	
No. KP : .....	No. KP : .....	
Tarikh : .....	Tarikh : .....	
<b>NOTA : Wakil yang hadir untuk mengambil laporan bagi pihak pemohon perlu mempunyai surat turun kuasa</b>		
<b>Untuk Kegunaan Pejabat :</b>		
Tandatangan : .....	No. Resit : .....	
Nama kakitangan bertugas : .....	Tarikh Resit : .....	
Tarikh : .....		
*Laporan siap : [ ] Pos [ ] Datang ambil sendiri		

## **SENARAI SEMAK PERMOHONAN LAPORAN PERUBATAN**

### **A. PESAKIT (SENDIRI)**

1. Salinan kad pengenalan pesakit
2. Salinan kad temujanji / discharge note / bil hospital
3. Borang berkaitan (Insurans, PERKESO, KWSP)
4. Salinan Laporan Polis
5. Salinan Sijil Cuti Sakit (MC)
6. Bayaran (mengikut jenis permohonan)

### **B. IBU BAPA (pesakit berumur 18 tahun ke bawah)**

1. Salinan Sijil Kelahiran
2. Salinan Kad Pengenalan Pesakit
3. Salinan kad pengenalan ibu/bapa/penjaga
4. Salinan kad temujanji / discharge note / bil hospital
5. Borang berkaitan (Insurans/PERKESO/KWSP)
6. Bayaran (mengikut jenis permohonan)

### **C. AGEN / WAKIL / PEGUAM / MAJIKAN**

1. Surat keizinan **ASAL** dari pesakit / waris (menyatakan nama agen atau wakil)
2. Salinan kad pengenalan pesakit / waris
3. Salinan kad pengenalan pemohon/agen/wakil
4. Salinan kad temujanji / discharge note / bil hospital pesakit
5. Salinan Sijil Kelahiran (pesakit berumur 18 tahun ke bawah)
6. Salinan Sijil Nikah (jika berkaitan)
7. Surat Akuan Sumpah (jika berkaitan)
8. Surat Keizinan dari Kedutaan, jika pesakit warga asing yang tidak dapat dihubungi
9. Salinan Permit Kubur / Sijil Kematian (jika berkaitan)
10. Borang berkaitan (Insurans/PERKESO/KWSP)
11. Bayaran (mengikut jenis permohonan)

### **D. WARIS (suami, isteri, ibubapa, anak, adik beradik)**

1. Surat keizinan **ASAL** dari pesakit/waris terdekat (menyatakan nama pemohon/waris)
2. Salinan kad pengenalan pesakit
3. Salinan Kad Pengenalan pemohon/waris
4. Salinan Kad temujanji / discharge note / bil hospital pesakit
5. Salinan Sijil Nikah (jika berkaitan)
6. Salinan Sijil Kelahiran (jika berkaitan)
7. Surat Akuan Sumpah / Surat Perintah Mahkamah (jika berkaitan)
8. Salinan Permit Kubur / Sijil Kematian (jika berkaitan)
9. Borang berkaitan (Insurans/PERKESO/KWSP)
10. Bayaran (mengikut jenis permohonan)

**NOTA :** i) Borang Insurans, PERKESO dan KWSP **TIDAK** disediakan. Sila dapatkan borang berkenaan di jabatan / agensi berkenaan.  
ii) Wakil yang hadir untuk mengambil laporan bagi pihak pemohon perlu mempunyai **Surat Turun Kuasa**.

**Unit Rekod Perubatan  
Hospital Port Dickson  
Negeri Sembilan  
Tel : 06-6626333  
Fax: 06-6621094**