



## LAMPIRAN SR.2.1.1(K)

Borang Perubatan 2/09

### PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN DI BAWAH PEKELILING PERKHIDMATAN BILANGAN 21 TAHUN 2009

#### RAWATAN KECEMASAN DI HOSPITAL/KLINIK SWASTA

- Arahan :**
- Maklumat hendaklah dilengkapkan dengan **jelas** dan menggunakan **huruf besar**.
  - Sila rujuk **panduan** yang disediakan bagi butiran yang berkaitan.

#### BAHAGIAN I

##### Butiran Diri Pegawai/Pesara

1. Nama Penuh (*seperti dalam kad pengenalan/pasport/sijil kelahiran*)


2. No. Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Skim Perkhidmatan/Gred

4. Pegawai di Bawah SSB/SSM
- Ya       Tidak

##### Butiran Diri Pesakit (*sekiranya pesakit bukan pegawai/pesara*)

5. Nama Penuh (*seperti dalam kad pengenalan/pasport/sijil kelahiran*)


6. No. Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Hubungan Pesakit dengan Pegawai/Pesara

8. Maklumat Tambahan Bagi Anak

i. Umur

		Tahun

ii. Daif

		Bulan

iii. Masih Bersekolah

		Tidak

#### BAHAGIAN II

##### Butiran Rawatan dan Tuntutan Perbelanjaan

9. Rawatan di Hospital/Klinik Kerajaan

10. Kategori Tuntutan


11. Senarai Tuntutan (*sila gunakan lampiran sekiranya perlu*)

Bil.	Nama Ubat/Alat/Perkhidmatan Perubatan/Rawatan	No. Rujukan Dokumen Kewangan	Harga (RM)
			/
			/
			/
			/
12.	Tarikh/Masa Dimasukkan ke Hospital/Klinik Swasta	(tarikh mula)	/
13.	Tarikh/Masa Keluar dari Hospital/Klinik Swasta	(tarikh akhir)	/
14.	Tarikh/Masa Pembedahan/Rawatan Kecemasan		/
15.	Tarikh Rawatan Pemulihan ( <i>rawatan di wad biasa</i> )		/
16.	Kelas Wad Semasa Menerima Rawatan di hospital Swasta		



### BAHAGIAN III

Butiran Kejadian Kecemasan (sila gunakan lampiran sekiranya perlu)

17. Tarikh/Masa Kejadian Kecemasan \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
18. Tempat/Alamat Semasa Berlaku Kecemasan
19. Jarak dengan Hospital/Klinik Kerajaan Terhampir  
 km
20. Jarak dengan Hospital/Klinik Swasta  
 km
21. Kronologi Kes (urutan peristiwa berlaku kecemasan sehingga pesakit keluar daripada hospital/klinik swasta)
- | Tarikh/Masa | Tempat | Peristiwa |
|-------------|--------|-----------|
|             |        |           |

22. Justifikasi Permohonan
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

23. Dokumen Sokongan yang Disertakan

Laporan Klinikal Hospital/Klinik Swasta  
 Laporan Polis (kes kemalangan/jenayah)

Dokumen Kewangan (contoh: resit, invois, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan)  
 Lain-lain Dokumen (sekiranya perlu)

### BAHAGIAN IV

24. Pengesahan Pegawai/Pesara

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di **Bahagian I**, **Bahagian II** dan **Bahagian III** di atas adalah benar belaka. Berkaitan itu, saya memohon supaya perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperoleh sebanyak RM ..... adalah ditanggung oleh Kerajaan.”

Tandatangan \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 (nama penuh)

Tarikh \_\_\_\_\_

### BAHAGIAN V

20. Pengesahan dan Keputusan Ketua Jabatan

“Saya dengan ini mengesahkan bahawa pemohon pegawai/pesara mematuhi syarat-syarat dan peraturan-peraturan sebagaimana yang ditetapkan dalam Perintah Am Bab F Tahun 1974 dan Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 21 Tahun 2009. Berkaitan itu, permohonan perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperoleh sebanyak RM ..... adalah \*DILULUSKAN/TIDAK DILULUSKAN.”

Tandatangan \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 (nama penuh)  
 Jawatan \_\_\_\_\_  
 Tarikh \_\_\_\_\_  
 \*potong mana yang tidak berkenaan

Nama & Cop Rasmi