

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

UBAT/ALAT/ PERKHIDMATAN PERUBATAN/ RAWATAN

- Araban:**
- 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)

E A M I L A N B I N H A S I M

2. No. Kad Pengenalan/ Pasport

6 7 1 2 1 5 - 1 0 - 6 0 8 9

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 bulan
 ii. Daif ☐ Ya ☐ Tidak
 iii. Masih Bersekolah ☐ Ya ☐ Tidak

BAHAGIAN II

Butiran Rawatan Dan Tuntutan Perbelanjaan

9. Rawatan Di Hospital/ Klinik Kerajaan

10. Pembekal Kemudahan Perubatan

- i. Nama & Alamat Hospital/ Klinik Kerajaan

- i. Nama & Alamat Hospital/ Agensi Swasta

HOSPITAL TUANKU JA'AFAR SEREMBAN
 JALAN RASAH, BUKIT RASAH, 70300,
 SEREMBAN, NEKERE SEMBELAN.

- ii. Tarikh Rawatan

2 2 0 9 2 0 2 2
 (hari) (bulan) (tahun)

- ii. Tarikh Kemudahan Perubatan Diperolehi

(hari) (bulan) (tahun)

11. Kategori Tuntutan

ii.

iii. iv.

12. Senarai Tuntutan (sila gunakan lampiran sekiranya perlu)

Bil.	Nama Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan	No. Rujukan Dokumen Kewangan	Harga (RM)

13. Dokumen Sokongan Yang Disertakan

- ☐ Surat Pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan
- ☐ Surat Pengesahan Kementerian Kesihatan Malaysia
- ☐ Surat Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia
- ☐ Surat Pengesahan Institusi Pendidikan/ Pengajian Tinggi
- ☐ Dokumen Kewangan (contoh: resit, invoice, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan)

BABAGIAN III

14. Pengesahan Pegawai/ Pesara

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

Tandatangan

(Signature)
(Ramizan B. Hashim)
(nama penuh)

Tarikh

25-1-2023

BABAGIAN IV

Perakuan Dan Pengesahan Oleh Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan (sila gunakan lampiran sekiranya perlu)

15. Nama/ Jenis Penyakit Yang Dihidapi Oleh Pesakit

Severe obstructive sleep apnoea

16. Nama Atau Jenis Ubat/Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan Yang Diperakukan Kepada Pesakit

CPAP Device (containing Positive Pressure Airway) Device

17. Sebab-sebab Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan Yang Diperlukan Oleh Pesakit Tidak Dapat Dibekal/ Disediakan Oleh Hospital/ Klinik Kerajaan

Tidak dibekal oleh Hosp. kerajaan

18. Perakuan Dan Pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan

"Saya dengan ini memperakukan bahawa kemudahan perubatan seperti di butiran 16 di atas diperlukan oleh pesakit berdasarkan penyakit yang dihidapinya. Saya juga mengesahkan bahawa kemudahan perubatan berkenaan tidak dapat dibekal/ disediakan oleh pihak hospital/ klinik atas sebab-sebab seperti yang dinyatakan dalam butiran 17 di atas."

Tandatangan

(Signature)
DR. RAYMUND DASS
PAKAR PERUBATAN PULMONOLOGI
& PERUBATAN DALAMAN (UD56)
MMC : 38751 NSR : 134391
HOSPITAL TUNKU JALAFAR SEREMBAN

Jawatan

Tarikh

12/1/22

Nama & Cop Rasmi Pegawai/ Pakar Perubatan

BABAGIAN V

Kelulusan Penggunaan Ubat (ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan KKM/ hospital universiti sahaja)

19. Kelulusan Penggunaan Ubat Oleh Kementerian Kesihatan Malaysia/ Pengarah Hospital Universiti

"Penggunaan ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan Kementerian Kesihatan Malaysia/ hospital universiti seperti di butiran 16 di atas adalah "DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN."

Cop Rasmi KKM/ Pengarah Hospital Universiti

Tandatangan

(nama penuh)

Jawatan

Tarikh

potong mana yang tidak berkenaan