

- i. Maklumat hendaklah dilengkapi dengan **jelas** dan menggunakan **huruf besar**.
- ii. Sila rujuk **panduan** yang disediakan bagi butiran yang berkaitan.

| Bil. | Nama Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan | No. Rujukan<br>Dokumen Kewangan | Harga<br>(RM) |
|------|--------------------------------------------------|---------------------------------|---------------|
|      | ELECTRIC WHEELCHAIR                              |                                 | RM 3850/-     |
|      |                                                  |                                 |               |
|      |                                                  |                                 |               |

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)

BAHAGIAN 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 3850/= adalah ditanggung oleh Kerajaan."

Tandatangan

  
(KHALID BIN MAT DIN  
(nama penuh)

Tarikh

10/1/2023

BAHAGIAN IV

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

15. Nama/ Jenis Penyakit Yang Dihidapi Oleh Pesakit

Idiopathic Pulmonary Fibrosis  
Obstructive Sleep apnoea (severe)

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

Electrical wheelchair

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

Tiada peruntukan

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

  
(  
(nama penuh)

Jawatan

Pakar Perubatan Respiratori

Tarikh

10/1/2023

Nama & Cop Rasmi Pegawai/ Pakar Perubatan

DR SYARIF SYAKIR SIROL AFLAH  
PAKAR PERUBATAN RESPIRATORI  
Fellowship of Respiratory (Mal)  
Institut Perubatan Respiratori  
MMC No: 40857 NSR No: 135041

BAHAGIAN 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\***."

Tandatangan

DR. NURHAYATI NAHD MARZUKI  
(  
(nama penuh)  
Pengarah  
Pakar Perunding  
Institut Perubatan Respiratori  
Hospital Kuala Lumpur

Jawatan

Tarikh

10/1/23

Cop Rasmi KKM/ Pengarah Hospital Universiti

\* potong mana yang tidak berkenaan