

KUMPULAN WANG SIMPANAN PEKERJA


LAPORAN PERUBATAN MENGENAI PESAKIT UNTUK PENGELUARAN KESIHATAN KWSP- RAWATAN KESUBURAN

Laporan perubatan ini disediakan oleh doktor yang merawat pesakit untuk menentukan tahap kesihatan pesakit bagi pihak KWSP. Laporan ini diperlukan bagi memenuhi syarat di bawah Skim Pengeluaran Kesihatan KWSP. (Diisi oleh doktor yang merawat pesakit)

1.	NAMA ISTERI WIFE'S NAME		NAMA SUAMI HUSBAND'S NAME	
	NO.KAD PENGENALAN DIRI/MYKAD IDENTIFICATION NO./MYKAD		NO.KAD PENGENALAN DIRI/MYKAD IDENTIFICATION NO./MYKAD	
	TARIKH MULA RAWATAN TREATMENT START DATE		TARIKH MULA RAWATAN TREATMENT START DATE	
	TARIKH AKHIR RAWATAN TREATMENT END DATE		TARIKH AKHIR RAWATAN TREATMENT END DATE	
	NO. PENDAFTARAN RAWATAN TREATMENT REGISTRATION NO.			
2.	JENIS PRA RAWATAN YANG DIJALANI/TYPE OF PRE-TREATMENT Sila tandakan (x) pada jenis pra rawatan yang dilaksanakan / Please mark (x) on the type of pre-treatment			
JENIS PRA RAWATAN/TYPE OF PRE-TREATMENT		KETERANGAN LANJUT/DETAIL INFORMATION		
<input type="checkbox"/> PROFIL HORMON (ISTERI) HORMONAL PROFILE (WIFE)		KETERANGAN LANJUT/DETAIL INFORMATION:		
<input type="checkbox"/> UJIAN TIUB FALOPIAN (ISTERI) TUBAL PATENCY TEST (WIFE)		KETERANGAN LANJUT/DETAIL INFORMATION:		
<input type="checkbox"/> ANALISIS CECAIR SEMINAL (SUAMI) SEMINAL FLUID ANALYSIS (HUSBAND)		KETERANGAN LANJUT/DETAIL INFORMATION:		
<input type="checkbox"/> UJIAN PENYAKIT BERJANGKIT SEKSUAL (SUAMI&ISTERI) SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION (STI) SCREENING (HUSBAND & WIFE)		KETERANGAN LANJUT/DETAIL INFORMATION:		
UJIAN/PROSEDUR LAIN (JIKA ADA)/ OTHER TEST/PROCEDURE (IF ANY):				

3. JENIS RAWATAN YANG DIJALANI/TYPE OF TREATMENT

Sila tandakan (x) pada jenis rawatan yang dilaksanakan / Please mark (x) on the type of treatment

JENIS RAWATAN/TYPE OF TREATMENT	KETERANGAN LANJUT/DETAIL INFORMATION
<input type="checkbox"/> INTRA-UTERINE INSEMINATION (IUI)	KETERANGAN LANJUT/DETAIL INFORMATION:
<input type="checkbox"/> IN-VITRO FERTILIZATION (IVF)	KETERANGAN LANJUT/DETAIL INFORMATION:
<input type="checkbox"/> INTRA-CYTOPLASMIC SPERM INJECTION (ICSI)	KETERANGAN LANJUT/DETAIL INFORMATION:

UJIAN/PROSEDUR LAIN (JIKA ADA)/ OTHER TEST/PROCEDURE (IF ANY):

.....

4. KOS ANGGARAN KESELURUHAN RAWATAN
ESTIMATED TREATMENT COST

KOS ANGGARAN RAWATAN : RM
ESTIMATED TREATMENT COST :

SAYA MENGESAHKAN MAKLUMAT DIATAS ADALAH BENAR DAN BETUL

I CONFIRM THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND CORRECT

.....

TANDA TANGAN & NAMA DOKTOR

DAN CAP RASMI HOSPITAL

SIGNATURE & DOCTOR'S NAME AND HOSPITAL OFFICIAL STAMP

TARIKH :

DATE