

PROGRAM BANTUAN SIHAT SELANGOR

PENILAIAN DAN PENGESAHAN KEPERLUAN UBAT, RAWATAN DAN KEPERLUAN PERUBATAN BAGI PERMOHONAN PROGRAM BANTUAN SIHAT SELANGOR

Tarikh _____

Dengan hormatnya perkara di atas adalah dirujuk. Sukacita dimaklumkan bahawa individu berikut telah dipertimbangkan untuk menerima bantuan di bawah Program Bantuan Sihat Selangor tertakluk kepada pengesahan keperluan perubatan oleh pihak doktor yang merawat.

A. MAKLUMAT PEMOHON

Nama Penuh _____

Alamat Penuh _____

No. Kad Pengenalan _____

No. Telefon _____

B. MAKLUMAT PENILAIAN OLEH PEGAWAI PERUBATAN

(Untuk dilengkapkan oleh doktor yang merawat)

1. Diagnosis Klinikal

2. Ringkasan Status Kesihatan / Latar Belakang Penyakit

3. Keperluan Rawatan Yang Disyorkan

Ubat-ubatan

Suplement Kesihatan

Peralatan Perubatan / Barang Pakai
Buang

Prosedur Khas

Lain-lain: _____

4. Perincian Preskripsi Ubat (Sila nyatakan secara lengkap)

Bil	Nama Ubat / Suplement Kesihatan	Dos	Kekerapan	Tempoh
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Pengesahan Pegawai Perubatan

Nama _____

Tandatangan _____

Tarikh _____

Cop Rasmi Klinik / Hospital