



PERMOHONAN UNTUK MENDAPATKAN KEMUDAHAN DIALISIS

1. Nama Orang Berinsurans: _____
2. No KPPN _____
3. No Pen. Kes Sosial : _____
4. Jantina : Lelaki Perempuan
5. Taraf Perkahwinan: Berkahwin Bujang
6. Tarikh Lahir : _____
7. Alamat Kediaman : _____

8. Tarikh Notis Keilatan: _____
9. Tarikh Jemaah Doktor
Telah/akan bersidang :
10. Keputusan Jemaah Doktor : Ilat Tidak Ilat Bantuan Ilat
11. Disyorkan oleh Jemaah Doktor untuk menjalani Rawatan dialisis : Ya Tidak
12. Tarikh mula mendapat Penyakit Buah Pinggang (*End Stage Renal Disease*) : _____
13. Hospital/Klinik yang memberi rawatan : _____
14. Tempat menjalani rawatan dialisis sekarang (jika ada) : _____
15. Bayaran dialisis yang dikenakan (jika ada) : _____
- Adakah telah menjalani pemindahan buah pinggang (transplan) ?
16. Jika Ya: Tempat pemindahan : _____ Tahun : _____

PERAKUAN DAN PERMOHONAN

Saya dengan sesungguhnya mengaku bahawa segala keterangan yang saya berikan di atas adalah betul dan benar.

Oleh yang demikian, harap dapat PERKESO menyediakan kemudahan Haemodialisis kepada saya.

Tandatangan : _____

Tarikh : _____

No Telefon : _____