

Ulink x FM Clinic – Patient Assessment Form (Formulir Penilaian Pasien Ulink x FM Clinic)

Section 1 : Patient Information (*Informasi Pasien*)

1	Full Name/Name Lengkap	Michael Lim
2	Age/Usia	34
3	Nationality/Kewarganegaraan	Singaporean
4	Phone Number/Nomor Telepon	+65 9123 4567
5	Allergy/Alahan	NIL

Section 2 : Chief complain/Diagnosis (*Keluhan Utama / Diagnosis*)

1	<p>What is the main symptom (chief complain) or diagnosis to your current medical condition (if known)? <i>Apa gejala utama atau diagnosis dari kondisi medis anda saat ini (jika diketahui)?</i></p> <p>Chest pain during exercise</p>
2	<p>Any other symptoms? <i>Apakah ada gejala lain?</i></p> <p>Shortness of breath</p>
3	<p>How long have you had these symptoms or diagnosed with this medical condition? <i>Sejak kapan anda mengalami gejala ini atau didiagnosis dengan kondisi medis ini?</i></p> <p>2 weeks</p>

4	<p>Date of last doctor visit for this condition? And which clinic or hospital? <i>Kapan terakhir kali anda mengunjungi dokter untuk kondisi ini? Dan di klinik atau rumah sakit mana?</i></p> <p>15/09/2025 at Mount Elizabeth Hospital</p>
---	--

Section 3 : Medical History (*Riwayat Medis*)

1	<p>Any underlying medical condition (please tick): <i>Kondisi medis yang mendasari (silakan centang):</i></p> <p><input type="checkbox"/> Cardiovascular disease (e.g., ischemic heart disease) / <i>Penyakit jantung (misalnya: jantung koroner)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hypertension / <i>Hipertensi</i></p> <p><input type="checkbox"/> Respiratory conditions (e.g., asthma, COPD) / <i>Gangguan pernapasan (misalnya: asma, PPOK)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Neurological disorders (e.g., epilepsy, migraines)</p> <p><input type="checkbox"/> Gastrointestinal issues (e.g., ulcers, IBS) / <i>Gangguan pencernaan (misalnya: tukak lambung, IBS)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Liver or kidney disease / <i>Penyakit hati atau ginjal</i></p> <p><input type="checkbox"/> Cancer (please specify type and treatment history)/ <i>Kanker (jelaskan jenis dan riwayat pengobatan)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Orthopedic or bone issues (e.g., arthritis, spine problems) / <i>Gangguan tulang / ortopedi (misalnya: arthritis, masalah tulang belakang)</i></p>
2	<p>Others Medical Conditions (Please specify): <i>Kondisi medis lainnya (silakan dijelaskan):</i> N/A</p>
3	<p>Previous Surgeries/Hospitalization: <i>Riwayat Operasi Atau Rawat Inap Sebelumnya:</i> N/A</p>



Diagnosing with clarity, rooted in care.



Section 4 : Authorization and Consent (*Otorisasi Dan Persetujuan*)

By signing this form, I hereby give my consent for the disclosure and sharing of my medical records and information—including past and present health conditions, diagnoses, and treatments—with Ulink Assist, FM Clinic, and healthcare providers in Malaysia or Singapore (depending on my preferred country for treatment).

This is strictly for the purposes of appointment booking, medical consultation, diagnosis, and treatment. I also consent to the sharing of my personal details with logistics providers, where necessary, to facilitate additional arrangements such as transportation, flight bookings, or other related services coordinated by Ulink Assist or FM Clinic.

I understand that all shared information will be treated with strict confidentiality and used solely to support and facilitate my medical care.

Dengan menandatangani formulir ini, saya dengan ini memberikan izin untuk pengungkapan dan pembagian catatan medis dan informasi kesehatan saya — termasuk kondisi kesehatan masa lalu dan saat ini, diagnosis, dan pengobatan — dengan Ulink Assist, FM Clinic, dan penyedia layanan kesehatan di Malaysia atau Singapura (tergantung negara tempat saya memilih untuk berobat).

Hal ini semata-mata untuk keperluan pembuatan janji, konsultasi medis, diagnosis, dan pengobatan. Saya juga mengizinkan pembagian rincian pribadi saya dengan penyedia layanan logistik, bila diperlukan, guna memfasilitasi pengaturan tambahan seperti transportasi, pemesanan penerbangan, atau layanan terkait lainnya yang dikoordinasikan oleh Ulink Assist atau FM Clinic.

Saya memahami bahwa semua informasi yang dibagikan ini akan dijaga dengan sangat rahasia dan digunakan hanya untuk mendukung dan memfasilitasi perawatan medis saya.

Signature / Tanda Tangan:

Michael

FullName/Nama Lengkap : Michael Lim

NRIC/Passport No/No KTP/Paspor : S9278439U

Date/Tanggal : 22/09/2025



Diagnosing with clarity, rooted in care.



If signed by Legal Guardian / Jika ditandatangani oleh Wali yang Sah,

Relationship with patient / Hubungan dengan pasien:

Please be reminded to send over all other relevant medical documents are included, such as medical reports, laboratory test results, investigation findings, and surgery reports, to provide a clearer understanding of your current condition.

Mohon diingat untuk mengirimkan semua dokumen medis terkait lainnya, seperti laporan medis, hasil pemeriksaan laboratorium, temuan pemeriksaan, dan laporan operasi, guna memberikan gambaran yang lebih jelas mengenai kondisi kesehatan Anda saat ini.