SURAT KETERANGAN DOKTER – untuk klaim selain Meninggal/Cacat

ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT *– for claim other than Death/Disability*

PaninDai-ichiLife Syariah

Nama Pasien / *Patient's Name* : ..... Nomor Rekam Medik / *Medical Record Number* : .....

Tanggal Lahir / *Date of Birth* : ..... Umur / *Age* : ..... tahun / *y.o.*

Alamat Pasien / *Patient's Address* : ..... Jenis Kelamin / *Sex* : ☐ Pria / *Male* ☐ Wanita / *Female*

Nama Rumah Sakit / *Hospital Name* : ..... Jam Masuk Kamar / *Admission Time* : ..... Jam Keluar Kamar / *Discharge Time* : .....

Jenis Layanan / *Type of Service* : ☐ Rawat Inap / *In Patient* ☐ Pre/Post Rawat Inap / *Pre/Post Hospitalization* ☐ Penyakit Kritis / *Critical Illness* ☐ Lain–lain / *Others*: .....

Tanggal perawatan / *Date of hospitalization*	_____/_____/_____ s.d. / *to* _____/_____/_____ tgl/bln/thn / *dd/mm/yyyy*
Keluhan/gejala yang dirasakan / *Nature of symptoms*	
Pemeriksaan fisik / *Physical examination*	Tekanan darah / *Blood pressure* _____/_____ Lainnya / *Others* _____
Tanggal konsultasi pertama / *Date of first consultation*	_____/_____/_____ tgl/bln/thn / *dd/mm/yyyy*
Sejak kapan pasien telah mengalami gejala penyakit sebelum konsultasi pertama? / *Since when the patient has got the symptoms before the first consultation?*	_____/_____/_____ tgl/bln/thn / *dd/mm/yyyy* atau sudah berapa lama / *or how long* _____
Diagnosa / ***Diagnosis***	
Apakah Diagnosa tersebut di atas berhubungan dengan: / *Does the above Diagnosis related to*	☐ Kelainan/cacat bawaan / *Congenital or Hereditary disease* ☐ Pemeriksaan kesehatan rutin / *Medical check up* ☐ Kehamilan, persalinan, atau keguguran / *Pregnancy, delivery or abortion* ☐ Pengobatan gigi dan gusi / *Dental treatment* ☐ Kelainan kejiwaan / *Mental disorder* ☐ Pekerjaan / *Occupational*
Anamnesis penyakit yang pernah diderita sebelumnya / *Anamnesis of past medical history*	
Hasil pemeriksaan penunjang / *Other examinations? (Laboratory, Radiology, etc.)*	
Apakah diperlukan tindakan pembedahan? Jika "Ya", sebutkan tanggal, jenis pembedahan dan jenis anastesi yang dilakukan? / *Was a surgical operation perfomed? If "Yes", please state date, type of operation and type of anesthesia used?*	☐ Ya / *Yes* ☐ Tidak / *No* Tujuan pembedahan / *Purpose of surgery* : ☐ Kuratif / *Curative* ☐ Diagnostik / *Diagnostic* Tgl. pembedahan / *Date of surgery* : _____/_____/_____ tgl/bln/thn / *dd/mm/yyyy* Jenis pembedahan / *Type of surgery* : _____ Jenis anastesi / *Type of anesthesia* : _____
● Apakah rawat inap pasien ini atas rekomendasi dokter? / *Was the hospitalization base on doctor's recommendation?* ● Apakah rawat inap pasien ini atas permintaan pasien sendiri? / *Was the hospitalization base on patient's request?* ● Apakah pasien mengajukan permohonan untuk memperpanjang perawatan? / *Did the patient ask for an extension of hospitalization?*	☐ Ya / *Yes* ☐ Tidak / *No* ☐ Ya / *Yes* ☐ Tidak / *No* ☐ Ya / *Yes* ☐ Tidak / *No* Mohon penjelasan / *Please explain*
Apakah Pasien menderita penyakit lainnya, baik yang diderita saatmenjalani perawatan atau sebelum perawatan? / *Have the patient suffered another illness, either suffered during treatment or before treatment?*	☐ Ya / *Yes* ☐ Tidak / *No* Jika Ya, mohon jelaskan / *If Yes, please detail* Diagnosa / *Diagnosis* : _____ Diderita sejak / *Suffered since* : _____/_____/_____ tgl/bln/thn / *dd/mm/yyyy*

Demikian keterangan dalam formulir ini Saya berikan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya
Hereby I declare that the above information is true and complete to the best of my knowledge.

Dokter / *Physicians*

Nama Dokter / *Doctor's Name* : _____

Spesialisasi / *Spesialization* : _____

Nomor Handphone / *Cellphone Number* : _____

Tempat &Tanggal / *Place & date* : _____, _____/_____/_____

_____

Tanda tangan & nama jelas beserta cap rumah sakit
Signature & name with Hospital's stamp