

**SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK KLAIM PERAWATAN RUMAH SAKIT
ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT FOR HOSPITALISATION CLAIM**

1. Nama pasien/*Name of the patient* : _____
2. No Rekam Medik/*Medical Record No* : _____
3. Tanggal lahir/*Date of Birth* : - - tgl/bln/thn / *day/month/year*
4. Jenis Kelamin/*Sex* : Laki-laki/*Male* Perempuan/*Female*
5. Nomor rekam medis/*Number of medical record* : _____
6. Tanggal perawatan/*Date of treatment* : s/d / to
7. Anamnesa/*Anamneses*; riwayat penyakit/ *History of disease*: _____

8. Tanggal gejala atau keluhan pertamakali diketahui pasien /
Date of first occurrence of the symptom and complain : - - tgl/bln/thn / *day/month/year*
9. Tanggal pertamakali konsultasi untuk sakit tersebut
Date of first consultation for this disease : - - tgl/bln/thn / *day/month/year*
10. Nama dan alamat dokter yang merujuk /
Name and address of referral doctor : _____

11. Jenis dan hasil pemeriksaan fisik,lab,rontgen,CT Scan,
 hasil PA dll / *Physical examination result (lab, X-ray,
 CT scan, clinical Pathology Result, etc)* : _____

12. Diagnosa atau dugaan diagnosa/
Final diagnosis or working diagnosis : _____

13. Tanggal pertamakali diagnosa ditegakkan/
Date of first diagnose : - - tgl/bln/thn / *day/month/year*

 Tandatangan & stempel RS/Dokter
Signature of doctor & stamp of hospital/doctor

14. Diagnosa diatas berhubungan dengan (beri tanda pada pilihan)/Diagnose above is related to (please where applicable):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kesuburan/ <i>Fertility</i> | <input type="checkbox"/> Penyakit kejiwaan/ <i>Psychiatry</i> | <input type="checkbox"/> Kecelakaan/ <i>Accident</i> |
| <input type="checkbox"/> Penggunaan Kontrasepsi/ <i>Contraception</i> | <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan/ <i>Congenital</i> | <input type="checkbox"/> AIDS |
| <input type="checkbox"/> Penyakit kelamin/ <i>Venereal disease</i> | <input type="checkbox"/> Kehamilan/ <i>Pregnancy</i> | <input type="checkbox"/> Pekerjaan/ <i>Occupation</i> |

15. Diagnosa tersebut akibat dari/*The diagnosis above is as a result of* :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kecelakaan/ <i>Accident</i> | <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan obat bius/ <i>Drug abuse</i> |
| <input type="checkbox"/> Konsumsi alcohol/ <i>Alcoholism</i> | <input type="checkbox"/> Olahraga berbahaya/ <i>Dangerous sport</i> |
| <input type="checkbox"/> Percobaan bunuh diri/ <i>Suicide attempt</i> | <input type="checkbox"/> Perang atau huru hara/ <i>War or riot</i> |

16. Apakah pasien pernah konsultasi/dirawat sebelumnya ? : Ya/Yes Tidak/No
Has the patient ever been consulted/hospitalized before?

Jika Ya/If Yes:

- a. Tanggal/*Date* : -- tgl-bln-thn /day-month-year
- b. Diagnosa/*Diagnosis* : _____
- c. Nama dokter/*Name of doctor* : _____
- d. Nama rumah sakit/*Name of hospital* : _____

17. Faktor / Penyakit lain yang memicu/berkaitan dengan timbulnya penyakit / kelainan tersebut / *Underlying disease related to this illness/disorder* :

Uraian singkat penyakit / <i>Brief Description of Illness(es)</i>	Tanggal Diagnosa (tgl/bln/thn) / <i>Date(s) Diagnosed (DD/MM/YY)</i>	Nama dan alamat dokter yang merawat / <i>Name and address of attending doctor</i>

18. Mohon berikan informasi lain sehubungan dengan perawatan yang dapat membantu proses klaim ini / *Please provide any further information which in your opinion would be useful in the assesment of this claim*

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan sebenar-benarnya.

As the doctor handling the care of the above mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely.

Nama dokter/*Name of doctor* : _____

Alamat/*Address* : _____

Tempat & tanggal/*Place & Date* : _____

Tandatangan dokter & stempel rumah sakit / dokter
Signature of doctor & stamp of hospital/doctor