

SURAT KETERANGAN DOKTER/ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT

Klaim Perawatan Rumah Sakit/Hospitalization Claim

Diisi oleh dokter yang merawat dalam bahasa Indonesia atau Inggris

(Filled in by Attending Physician, in Indonesian or English ONLY)

1. Nama pasien/name of the patient	:	_____									
2. No Identitas / ID or Passport No	:	_____									
3. Tanggal lahir; usia;/Date of Birth; age	:	_____									
4. Jenis Kelamin/Sex	:	☐ Laki-laki/Male ☐ Perempuan/Female									
5. Berat Badan / Weight	:	_____ Kg									
6. Tinggi Badan / Height (optional)	:	_____ Cm									
7. Nomor rekam medis/number of medical record	:	_____									
8. Tanggal Perawatan/Date of Treatment	:	s/d- ☐ Rawat Inap / Inpatient ☐ Rawat Jalan / Outpatient									
9. Anamnesa/Anamnesis; riwayat penyakit/ history of disease	:	_____ _____ _____									
10. Tanggal gejala atau keluhan pertamakali diketahui pasien Date of first occurrence of the symptom and complain	:	- - tgl/bln/thn/dd/mm/yyyy:									
11. Tanggal pertamakali konsultasi untuk sakit/kelainan ini Date of first consultation for this disease	:	- - tgl/bln/thn/dd/mm/yyyy									
12. Nama dan alamat dokter yang merujuk / Name and address of referral doctor	:	_____									
13. Jenis dan hasil pemeriksaan fisik,lab,rontgen,CT Scan, hasil PA dll Physiscal examination result (lab, X-ray, CT scan, clinical Pathology Result, etc)	:	_____ _____									
14. Diagnosa atau dugaan diagnosa/ Final diagnosis or Working Diagnose	:	_____									
15. Terapi atau tindakan/ therapy or treatment	:	_____									
16. Diagnosa diatas berhubungan dengan (beri tanda √ pada pilihan)/diagnose above is related to (please √ where applicable):		<table border="0"> <tr> <td>☐ Kesuburan/fertility</td> <td>☐ Penyakit kejiwaan/psychiatry</td> <td>☐ Kecelakaan/accident</td> </tr> <tr> <td>☐ Penggunaan Kontrasepsi / Contraception</td> <td>☐ Kelainan Bawaan / Congenital</td> <td>☐ AIDS</td> </tr> <tr> <td>☐ Penyakit kelamin/venereal disease</td> <td>☐ Kehamilan/pregnancy</td> <td>☐ Pekerjaan/occupation</td> </tr> </table>	☐ Kesuburan/fertility	☐ Penyakit kejiwaan/psychiatry	☐ Kecelakaan/accident	☐ Penggunaan Kontrasepsi / Contraception	☐ Kelainan Bawaan / Congenital	☐ AIDS	☐ Penyakit kelamin/venereal disease	☐ Kehamilan/pregnancy	☐ Pekerjaan/occupation
☐ Kesuburan/fertility	☐ Penyakit kejiwaan/psychiatry	☐ Kecelakaan/accident									
☐ Penggunaan Kontrasepsi / Contraception	☐ Kelainan Bawaan / Congenital	☐ AIDS									
☐ Penyakit kelamin/venereal disease	☐ Kehamilan/pregnancy	☐ Pekerjaan/occupation									

17. Diagnosa tersebut akibat dari / *the diagnosis above is as a result of* :

- | | |
|--|---|
| ☐ Kecelakaan / <i>accident</i> | ☐ Penyalahgunaan obat bius / <i>drug abuse</i> |
| ☐ Konsumsi alcohol / <i>alcoholism</i> | ☐ Olahraga berbahaya / <i>dangerous sport</i> |
| ☐ Percobaan bunuh diri / <i>suicide attempt</i> | ☐ Perang atau huru hara / <i>war or riot</i> |

18. Apakah kelainan / penyakit diatas menimbulkan cacat/ gangguan : ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No
fungsi secara tetap?/ *Will the diagnose cause permanent disability ?*

Jika Ya, anggota badan yang mengalami gangguan/cacat tetap :
If yes, part of the body suffers for permanent disability

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---|-----------|
| • satu anggota gerak/ <i>one limb</i> | : ☐ atas / <i>upper</i> | ☐ bawah / <i>lower</i> | : _____ % |
| • dua anggota gerak/ <i>two limbs</i> | : ☐ atas / <i>upper</i> | ☐ bawah / <i>lower</i> | : _____ % |
| • penglihatan / <i>sight</i> | : ☐ satu mata / <i>one sight</i> | ☐ dua mata / <i>two sights</i> | : _____ % |

19. 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
dd/mm/yyyy

b. diagnosa/ *diagnosis*

: _____

c. nama dokter/ *name of doctor*

: _____

d. nama rumah sakit/ *name of hospital*

: _____

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

: _____

21. Bila dilakukan tindakan bedah mohon dijelaskan jenis pembedahan :
If surgery was done, please explain the type of surgical procedure

: _____

22. Tanggal pembedahan (*date of surgery*)

-- tgl/bln/thn
dd/mm/yyyy

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*

: _____

Spesialisasi/ *specialization*

: _____

Alamat/ *address*

: _____

Tempat & tanggal
Place & date

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