



SURAT KETERANGAN DOKTER – KLAIM INDIVIDU UNTUK MANFAAT HIDUP

(Diisi oleh dokter yang merawat)

Kepada Yth,
Dokter Yang Merawat/Mengobati
Mohon kesediaannya untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenar-benarnya dengan data yang ada dan yang diketahui.

INFORMASI TERTANGGUNG

Nama Pasien: _____ P/W No. Rekam Medis/Pasien : _____
 Tanggal Lahir : ____/____/____ (Tgl/Bln/Thn), Umur: ____ Thn Alamat Pasien : _____
 Jenis Perawatan: Rawat Inap Pre-/Post-Rawat Inap Kecelakaan ≥/≤ 48 jam sebelum masuk RS Lainnya: _____
 Cacat Tetap Tindakan Bedah Pulang Hari Penyakit Kritis

INFORMASI PERAWATAN

Tanggal Perawatan	____ / ____ / ____	s/d	____ / ____ / ____	(Tgl /Bln/Thn)
Anamnesa				
Diagnosa				
Penyebab Perawatan	<input type="checkbox"/> Kecelakaan	<input type="checkbox"/> Penyakit, mohon penjelasannya: _____		

Jika dilakukan Rawat inap mohon jelaskan Indikasi Rawat Inap : _____

Apakah perawatan ini atas permintaan pasien? Ya Tidak

Apakah perawatan ini dapat dilakukan dengan Rawat Jalan? Ya Tidak

Tanggal pertama kali diagnosa ditegakkan / / (Tgl /Bln/Thn)

Sejak kapan Pasien mengalami gejala penyakit sebelum konsultasi pertama , , (Tgl /Bln/Thn) atau sejak: _____

Dokter Yang Memeriksa : _____ Rumah Sakit : _____

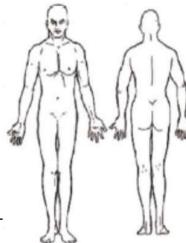
Hasil Pemeriksaan Penunjang
(*Laboratory, Radiology, MRI, CT Scan, Angiography, Pathology Anatomy, USG, dll.*)

Jenis Operasi (jika dilakukan pembedahan): Tidak Ya, sebutkan tindakan operasi: _____
 Tujuan dilakukan pembedahan : Kuratif Diagnostik

Apakah diagnosa tersebut diatas berhubungan dengan Kelainan Cacat Bawaan Kehamilan, Persalinan, Keguguran Kejiwaan
 Kosmetis Pemeriksaan Kesehatan Rutin Penyakit Menular Seksual
 HIV Alkohol/Narkotika

JIKA BERHUBUNGAN DENGAN KECELAKAAN/CACAT

Apakah ada terdapat dari anggota tubuh dari Pasien yang mengalami cacat?
 Tidak Ya, mohon sebutkan bagian tubuh yang mengalami cacat: _____



Bagaimanakah sifat cacat tersebut?
 Tetap Sementara

Apakah Pasien dapat melakukan pekerjaannya setelah mengalami cacat ini?

Tidak Ya, kemungkinan Tertanggung dapat memulai pekerjaannya kembali pada/setelah berapa lama: _____

RIWAYAT PENYAKIT TERDAHULU

Apakah Pasien ini menderita/memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan
Hipertensi, DM, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, Narkotika, HIV, dan lainnya?
 Tidak Ya, mohon jelaskan: _____

Diagnosa : _____ Diderita Sejak / / (Tgl /Bln/Thn)
 Dokter Yang Merawat : _____ Rumah Sakit: _____

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter : _____ Spesialisasi: _____

Alamat Dokter/Rumah Sakit : _____

No. Telp/HP Dokter : _____

Tanggal ____/____/____ (DD/MM/YYYY)

(Tanda Tangan Dokter & Cap Rumah Sakit)