



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 \geq / \leq 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 ☐ Kecelakaan ☐ 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
☐ Kosmetik ☐ 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)