



# SURAT KETERANGAN DOKTER – KLAIM INDIVIDU UNTUK MANFAAT HIDUP

(Di isi oleh dokter yang merawat)

Kepada yth, dokter yang merawat / mengobati

Mohon kesediaan dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenar-benarnya dengan data yang ada dan yang diketahui oleh dokter.

## Informasi Tertanggung

Nama Pasien: \_\_\_\_\_ JK: P/W No. Rekam Medis/Pasien : \_\_\_\_\_

Tanggal Lahir : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Tgl/Bln/Thn)/ umur \_\_\_\_/Th Alamat Pasien : \_\_\_\_\_

Jenis Perawatan:  Rawat Inap  Pre/Post Rawat Inap  Kecelakaan  $\geq$  /  $\leq$  48 jam sebelum masuk RS  
 Cacat Tetap  Tindakan Bedah Pulang Hari  Penyakit Kritis

## Informasi perawatan

Tanggal Perawatan \_\_\_\_\_ s.d \_\_\_\_\_ (Tgl /Bln/Thn)

Keluhan/Gejala yang dirasakan \_\_\_\_\_

Anamnesa/Riwayat Penyakit \_\_\_\_\_

Diagnosa \_\_\_\_\_

Penyebab Perawatan  Kecelakaan  Penyakit, Mohon penjelasannya \_\_\_\_\_

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

Sejak kapan Pasien mengalami gejala penyakit sebelum konsultasi pertama \_\_\_\_\_ (Tgl /Bln/Thn)/Sudah berapa lama \_\_\_\_\_

Dokter yang memeriksa : \_\_\_\_\_ Rumah Sakit : \_\_\_\_\_

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

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 Sexual  
 HIV  Alkohol/Obat-obatan

## Jika berhubungan dengan kecelakaan/Cacat

Apakah ada terdapat dari anggota tubuh dari Pasien yang mengalami cacat?

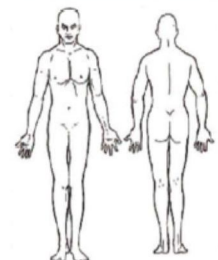
Tidak  Ya, Mohon sebutkan bagian tubuh yang mengalami cacat \_\_\_\_\_

Bagaimanakah sifat cacat tersebut?

Tetap  Sementara

Apakah Pasien dapat melakukan pekerjaannya setelah mengalami cacat ini?

Tidak  Ya, kemungkinan Tertanggung dapat memulai pekerjaannya kembali / berapa lama \_\_\_\_\_



## Riwayat penyakit terdahulu

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

Diagnosa : \_\_\_\_\_ Diderita sejak \_\_\_\_\_

Dokter yang merawat : \_\_\_\_\_ Rumah Sakit \_\_\_\_\_

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

Nama Dokter : \_\_\_\_\_ SP \_\_\_\_\_

Alamat Dokter : \_\_\_\_\_

No Telephone/No HP : \_\_\_\_\_

(Tanda Tangan Dokter & Cap Rumah Sakit)