

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 : _____ P / W

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?

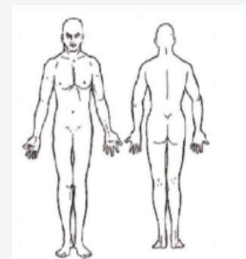
☐ Tidak ☐ Ya, Mohon sebutkan bagian tubuh yang mengalami cacat _____

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 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

:

:

No Telephone/No HP

:

Nama Dokter

Alamat Dokter

(Tanda Tangan Dokter & Cap Rumah Sakit)