

SURAT KETERANGAN DOKTER – CLAIM INDIVIDU UNTUK MANFAAT HIDUP

(Diisi 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 : _____ P / W
 Jenis Perawatan : Rawat Inap Pre/Post Rawat Inap Kecelakaan ≥/≤ 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 perjelasannya _____
 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?

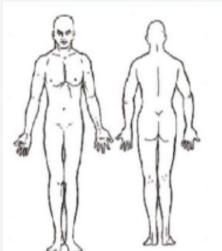
Tidak Ya, Mohon sebutkan bagian tubuh yang mengalami cacat _____

Bagaimanakah sifat cacat tersebut?

Tetap Sementara

Apakah Pasien dapat melakukan pekerjaannya setelah mengalami cacat ini?

Tidak Ya, kemungkinan Tertanggung dapat mulai 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 _____ / _____ / _____ (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)