

SURAT KETERANGAN DOKTER/ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT

Klaim Perawatan Rumah Sakit/Hospitalization Claim

Diisi dengan lengkap oleh dokter yang merawat dalam bahasa Indonesia atau Inggris
(To be completed by Attending Phycisian, in bahasa Indonesia or English ONLY)

1. Nama pasien / Name of the patient : _____
2. Nomor identitas / ID or Passport number : _____
3. Tanggal lahir; usia; / Date of birth; age : _____
4. Jenis kelamin / Sex : Laki-laki/Male Perempuan/Female
5. Nomor rekam medis / Medical record number : _____
6. Tanggal perawatan / Date of treatment : s/d- to
 tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy
 Rawat inap / Inpatient
 Rawat jalan / Outpatient
7. Anamnesa / Anamnesis; Riwayat penyakit / History of disease : _____

8. Tanggal gejala atau keluhan pertamakali diketahui pasien - - tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy
 Date of first occurance of the symptom and complaint
9. Tanggal pertamakali konsultasi untuk sakit/kelainan ini / - - tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy
 Date of first consultation for this disease
10. Nama dan alamat dokter yang merujuk / : _____
 Name and address of referral doctor
11. Jenis dan hasil pemeriksaan fisik,lab,rontgen,CT Scan, : _____
 hasil PA dll /
 Physiscal examination result (lab, X-ray, CT scan, clinical
 Pathology Result, etc) _____

12. Diagnosa atau dugaan diagnosa/ : _____
 Final diagnosis or Working diagnosis
 Kode ICD X / ICD Code X : _____
13. Terapi atau tindakan / Therapy or treatment : _____

14. Indikasi medis rawat inap / rawat jalan / : _____
 Medical indication for inpatient / outpatient
15. Rawat inap / rawat jalan atas permintaan / : _____
 Inpatient / outpatient requested by
 Dokter / Doctor, rawat inap selama / inpatient for _____ hari / days, atau / or
 Pasien / Patient

16. Diagnosa di atas berhubungan dengan (beri tanda \surd pada pilihan) / Diagnosis above is related to (please \surd where applicable) :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kesuburan / Fertility | <input type="checkbox"/> Penyakit kejiwaan / Psychiatry | <input type="checkbox"/> Kecelakaan / Accident |
| <input type="checkbox"/> Penggunaan kontrasepsi / Contraception | <input type="checkbox"/> Kelainan bawaan / Congenital | <input type="checkbox"/> AIDS / HIV |
| <input type="checkbox"/> Penyakit kelamin / Venereal disease | <input type="checkbox"/> Kehamilan / Pregnancy | <input type="checkbox"/> Pekerjaan / Occupation |

17. Diagnosa tersebut akibat dari / The diagnosis above is as a result of :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kecelakaan / accident | <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan obat bius / drug abuse |
| <input type="checkbox"/> Konsumsi alcohol / alcoholism | <input type="checkbox"/> Olahraga berbahaya / dangerous sport |
| <input type="checkbox"/> Percobaan bunuh diri / suicide attempt | <input type="checkbox"/> Perang atau huru hara / war or riot |
| <input type="checkbox"/> Percobaan melukai diri sendiri / self-inflicted injury | |

18. Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya ? : Ya/Yes Tidak/No
Has the patient ever been consulted / hospitalized before?

Jika Ya / If Yes:

a. Tanggal / Date

-- tgl/bln/thn /
dd/mm/yyyy

b. Diagnosa / Diagnosis

: _____

c. Nama dokter / Name of doctor

: _____

d. Nama rumah sakit / Name of hospital

: _____

19. Riwayat penyakit dahulu / Previous history of any disease) :

Tanggal / Date (tgl/bln/tahun) / (mm/dd/yyyy)	Diagnosa / Diagnosis, Kode ICD X / ICD Code X	Nama dokter / Name of doctor	Nama RS / Name of hospital

20. Faktor / Penyakit lain yang memicu/berkaitan dengan timbulnya : _____
penyakit / kelainan tersebut / Underlying disease related to this
Illness / disorder

21. Bila dilakukan tindakan bedah mohon dijelaskan jenis pembedahan : _____
/ If surgery was done, please explain the type of surgical procedure

22. Tanggal pembedahan / Date of
surgery

-- tgl/bln/thn
dd/mm/yyyy

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan sesuai yang sebenarnya.
As the doctor handling the treatment of the above mentioned patient, I hereby declared that the above questions had been answered completely and factually.

Nama dokter / Name of doctor : _____

Spesialisasi / Specialization : _____

Alamat / Address : _____

Tempat & tanggal
Place & date

Tandatangan & stempel dokter/RS
Signature of doctor & stamp of hospital/doctor