



KETERANGAN PENYAKIT GAGAL GINJAL DARI DOKTER

Nama Pasien :
Tanggal Lahir :
No. RM :

Pertanyaan-pertanyaan untuk Dokter yang merawat Tertanggung. Jika tidak mencukupi, mohon jawaban ditulis dibalik formulir atau dilampirkan pada sehelai kertas.

1. Apakah anda dokter langganan pasien tersebut di atas?

Ya Tidak

2. Apakah Diagnosa Penyakitnya?

3. Apakah etiologinya?

4. Tanggal berapa untuk pertama kali anda merawat pasien sehubungan dengan penyakit gagal ginjal yang diderita?

Sudah berapa lama gejala penyakit tersebut timbul (ada)?

5. Apakah termasuk Gagal Ginjal Stadium akhir?

Ya Tidak

Mohon penjelasan Dokter:

6. Apakah meliputi kedua ginjal?

Ya Tidak

Mohon Penjelasan Dokter:



7. Apakah memerlukan hemodialisa secara menetap?

Ya Tidak

Mohon Penjelasan Dokter:

8. Apakah memerlukan transplatasi ginjal?

Ya Tidak

Mohon penjelasan Dokter:

9. Apakah dilakukan pengangkatan 1 (satu) ginjal secara utuh?

Ya Tidak

Mohon penjelasan Dokter:

Saya menyatakan bahwa saya pribadi yang merawat penderita dan bahwa semua keterangan tentang pasien sudah saya berikan dengan benar.

Nama Rumah Sakit : _____

Alamat Rumah Sakit : _____

Nama Dokter : _____

No. Ponsel/HP : _____

Tanggal : _____ (Tgl/Bln/Tahun)

Tanda tangan dan stemple Rumah Sakit