

SURAT KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

(Diisi oleh Dokter / Filled by Physician)

- Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda ✓ pada kotak jawaban yang sesuai.
Please write in black ink, block letter, and answers is not out of the box, clear and give tick mark on the appropriate check box.
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.
If there is a data correction, then streak the wrong data, take a note with a correct data, and give the signature beside the correct data, accordance with the identity card attached.

I. DATA PASIEN / PATIENT DATA (diisi oleh Nasabah / filled by Client)

Nama Lengkap <i>Full Name</i> <small>(sesuai identitas diri / same as ID Card)</small>	No. Polis <i>Policy Number</i>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Tanggal Lahir <i>Date of Birth</i>	Jenis Kelamin <i>Gender</i>
<input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <small>Tgl / Date Bln / Month Thn / Year</small>	<input type="checkbox"/> Pria <small>Male</small> <input type="checkbox"/> Wanita <small>Female</small>
No Rekam Medis <i>Medical Record Number</i>	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Alamat Tinggal <i>Residence Address</i>	
<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	

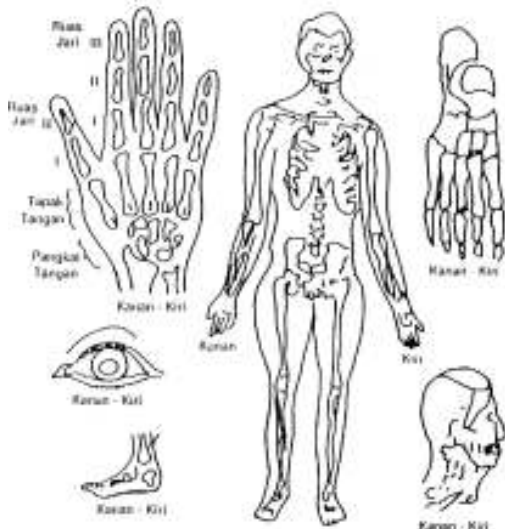
II. PERTANYAAN UMUM / GENERAL QUESTIONS (diisi oleh Dokter / filled by Physician)

1. a. Perincian gejala <i>Detail of symptoms</i> b. Tanggal pertama kali gejala terjadi <i>Date of the first symptoms occurred</i>	a. b. <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <small>Tgl / Date Bln / Month Thn / Year</small>																
2. a. Diagnosa <i>Diagnosis</i> b. Apakah diagnosa tersebut berhubungan dengan : <i>Is the diagnosis related to</i> <ul style="list-style-type: none"> - Komplikasi / <i>Complication</i> - Kelainan bawaan yang tidak normal / <i>Abnormal Congenital</i> - Obat terlarang / <i>Drug abuse</i> - Kejiwaan / <i>Mental Disorder</i> - Kosmetik / <i>Cosmetic</i> - Kehamilan / <i>Pregnancy</i> - Kesuburan atau Ketidaksuburan / <i>Fertility or Infertility</i> - Penyakit Kelamin (co. HIV) / <i>Venereal Disease (ex. HIV)</i> c. Penyebab diagnosa <i>Caused of diagnosis</i>	a. b. <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya / Yes</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak / No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya / Yes</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak / No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya / Yes</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak / No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya / Yes</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak / No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya / Yes</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak / No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya / Yes</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak / No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya / Yes</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak / No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya / Yes</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak / No</td> </tr> </table> c.	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No
<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No																
<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No																
<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No																
<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No																
<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No																
<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No																
<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No																
<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No																
3. a. Tanggal pertama kali konsultasi <i>Date of the first consultation</i> b. Untuk penyakit apa pada waktu pertama konsultasi <i>For what disease when the first consultation</i>	a. <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <small>Tgl / Date Bln / Month Thn / Year</small> b.																
4. a. Riwayat penyakit sekarang <i>History of the current disease</i> b. Riwayat penyakit sebelumnya <i>History of the previous disease</i>	a. b.																
5. Tanggal dirawat di Rumah Sakit <i>Date of hospitalization</i>	<input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> s/d <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <small>Tgl / Date Bln / Month Thn / Year to Tgl / Date Bln / Month Thn / Year</small>																
6. Nama dan alamat dokter yang merujuk <i>Name and address of referral Doctor</i>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>																
7. Hasil pemeriksaan fisik (Lab, X ray, CT scan, Patologi Anatomi, dll)* <i>Physical examination result (Lab, X ray, CT scan, Pathology Anatomy, etc)*</i> <small>* Mohon melampirkan hasil pemeriksaan / Please attach the examination result</small>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>																
8. Terapi atau tindakan <i>Therapy or treatment</i>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>																

No. Polis / Policy Number :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

III. PERTANYAAN TAMBAHAN / ADDITIONAL QUESTIONS (diisi sesuai dengan jenis klaim / filled in accordance with the type of claim)

Jika Melahirkan / If Maternity : Tindakan persalinan / Birth action : <input type="checkbox"/> Spontan / Spontaneous <input type="checkbox"/> Dengan penyulit / With complications Jelaskan / Explain <input type="checkbox"/> Sectio / Sectio Indikasi Sectio / Sectio Indication	
Jika Meninggal / If Death : Tempat, tanggal dan waktu meninggal dunia Place, date and time of death	
Jika disebabkan oleh Kecelakaan / if Caused by Accident a. Tempat, tanggal dan waktu kecelakaan Place, date and time of accident b. Kronologis kecelakaan Chronology of accident c. Bagian yang terluka Injured part	
Jika Cacat Tetap & Total / If Total Permanent Disability a. Lokasi Cacat Tetap & Total (Mohon beri tanda pada gambar di bawah) dan jelaskan detail lokasinya. Part of Total Permanent Disability (Please give the sign on the picture below) and describe the details of disability.	a. b. Berapa persen ketidakmampuannya? How many percentage of the disability? c. Apakah ketidakmampuannya menghambat pekerjaan dan/atau aktivitasnya? Jika iya, sejak kapan? Does the disability hamper job and/or activity? If yes, since when? d. Daftar aktivitas yang dapat dilakukan tanpa bantuan List of activity that can be done without help e. Estimasi waktu yang dibutuhkan untuk rehabilitasi The estimation duration is needed for rehabilitations.
	
Jika ada Pembedahan (jenis pembedahan) / If there is Surgery (type of surgery) Alasan pembedahan / Reason of Surgery	

Saya, sebagai Dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas dengan lengkap dan benar.
 I, as a Doctor who treat the patient, certify that I have read and answered the above questions completely and correctly.

Nama Dokter / Doctor Name : <input style="width: 90%;" type="text"/> Ponsel / Handphone : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nama Rumah Sakit / Hospital Name : <input style="width: 90%;" type="text"/> Alamat Rumah Sakit / Hospital Address : <input style="width: 90%; height: 40px;" type="text"/>
---	---

Dokter / Physician,
 (disertai dengan cap Rumah Sakit / with stamp of hospital)



Tempat / Place :
 Tanggal / Date :