

## 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<br><i>Full Name</i><br><small>(sesuai identitas diri / same as ID Card)</small>  | No. Polis<br><i>Policy Number</i>   |
| <input style="width: 100%;" type="text"/>   | <input style="width: 100%;" type="text"/>   |
| Tanggal Lahir<br><i>Date of Birth</i>   | Jenis Kelamin<br><i>Gender</i>  |
| <input style="width: 10%; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 10%; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 10%; border: 1px solid black;" type="text"/><br><small>Tgl / Date    Bln / Month    Thn / Year</small> | <input type="checkbox"/> Pria<br><small>Male</small> <input type="checkbox"/> Wanita<br><small>Female</small> |
| No Rekam Medis<br><i>Medical Record Number</i>  | <input style="width: 100%;" type="text"/>   |
| Alamat Tinggal<br><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<br><i>Detail of symptoms</i><br><br>b. Tanggal pertama kali gejala terjadi<br><i>Date of the first symptoms occurred</i>  | a.<br><br>b. <input style="width: 10%; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 10%; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 10%; border: 1px solid black;" type="text"/><br><small>Tgl / Date    Bln / Month    Thn / Year</small>   |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |
| 2. a. Diagnosa<br><i>Diagnosis</i><br><br>b. Apakah diagnosa tersebut berhubungan dengan :<br><i>Is the diagnosis related to</i><br>- Komplikasi / <i>Complication</i><br>- Kelainan bawaan yang tidak normal / <i>Abnormal Congenital</i><br>- Obat terlarang / <i>Drug abuse</i><br>- Kejiwaan / <i>Mental Disorder</i><br>- Kosmetik / <i>Cosmetic</i><br>- Kehamilan / <i>Pregnancy</i><br>- Kesuburan atau Ketidaksuburan / <i>Fertility or Infertility</i><br>- Penyakit Kelamin (co. HIV) / <i>Venereal Disease (ex. HIV)</i><br><br>c. Penyebab diagnosa<br><i>Caused of diagnosis</i> | a.<br><br>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> </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  |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |
| 3. a. Tanggal pertama kali konsultasi<br><i>Date of the first consultation</i><br><br>b. Untuk penyakit apa pada waktu pertama konsultasi<br><i>For what disease when the first consultation</i>   | a. <input style="width: 10%; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 10%; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 10%; border: 1px solid black;" type="text"/><br><small>Tgl / Date    Bln / Month    Thn / Year</small><br><br>b.   |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |
| 4. a. Riwayat penyakit sekarang<br><i>History of the current disease</i><br><br>b. Riwayat penyakit sebelumnya<br><i>History of the previous disease</i>   | a.<br><br>b.   |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |
| 5. Tanggal dirawat di Rumah Sakit<br><i>Date of hospitalization</i>  | <input style="width: 10%; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 10%; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 10%; border: 1px solid black;" type="text"/> s/d <input style="width: 10%; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 10%; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 10%; border: 1px solid black;" type="text"/><br><small>Tgl / Date    Bln / Month    Thn / Year    to    Tgl / Date    Bln / Month    Thn / Year</small>   |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |
| 6. Nama dan alamat dokter yang merujuk<br><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)*<br><i>Physical examination result (Lab, X ray, CT scan, Pathology Anatomy, etc)*</i><br><small>* Mohon melampirkan hasil pemeriksaan / Please attach the examination result</small>   | <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>  |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |                                   |                                     |
| 8. Terapi atau tindakan<br><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)**

|   |  |
|---|--|
| <b>Jika Melahirkan / If Maternity :</b><br>Tindakan persalinan / Birth action :<br><input type="checkbox"/> Spontan / Spontaneous<br><input type="checkbox"/> Dengan penyulit / With complications<br>Jelaskan / Explain<br><br><input type="checkbox"/> Sectio / Sectio<br>Indikasi Sectio / Sectio Indication |  |
| <b>Jika Meninggal / If Death :</b><br>Tempat, tanggal dan waktu meninggal dunia<br>Place, date and time of death  |  |
| <b>Jika disebabkan oleh Kecelakaan / if Caused by Accident</b><br>a. Tempat, tanggal dan waktu kecelakaan<br>Place, date and time of accident<br><br>b. Kronologis kecelakaan<br>Chronology of accident<br><br>c. Bagian yang terluka<br>Injured part   | a.<br><br>b.<br><br>c.   |
| <b>Jika Cacat Tetap &amp; Total / If Total Permanent Disability</b><br>a. Lokasi Cacat Tetap & Total (Mohon beri tanda pada gambar di bawah) dan jelaskan detail lokasinya.<br>Part of Total Permanent Disability (Please give the sign on the picture below) and describe the details of disability.           | a.<br><br>b. Berapa persen ketidakmampuannya?<br>How many percentage of the disability?<br><br>c. Apakah ketidakmampuannya menghambat pekerjaan dan/atau aktivitasnya? Jika iya, sejak kapan?<br>Does the disability hamper job and/or activity? If yes, since when?<br><br>d. Daftar aktivitas yang dapat dilakukan tanpa bantuan<br>List of activity that can be done without help<br><br>e. Estimasi waktu yang dibutuhkan untuk rehabilitasi<br>The estimation duration is needed for rehabilitations. |
| <b>Jika ada Pembedahan (jenis pembedahan)</b><br><b>If there is Surgery (type of surgery)</b><br>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<br>Doctor Name : <input style="width: 90%;" type="text"/> | Nama Rumah Sakit<br>Hospital Name : <input style="width: 90%;" type="text"/>                    |
| Ponsel<br>Handphone : <input style="width: 90%;" type="text"/>        | Alamat Rumah Sakit<br>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 :