

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 Full Name (sesuai identitas diri / same as ID Card) :	No. Polis Policy Number :								
Tanggal Lahir Date of Birth : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y	Jenis Kelamin Gender : ☐ Pria Male ☐ Wanita Female
d	d	m	m	y	y	y	y		
No Rekam Medis Medical Record Number :									
Alamat Tinggal Residence Address :									

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

1. a. Perincian gejala
Detail of symptoms

a.

b. Tanggal pertama kali gejala terjadi
Date of the first symptoms occurred

b.

d	d	m	m	y	y	y	y
---	---	---	---	---	---	---	---

2. a. Diagnosa
Diagnosis

a.

b. Apakah diagnosa tersebut berhubungan dengan :
Is the diagnosis related to

- Komplikasi / Complication
- Kelainan bawaan yang tidak normal / Abnormal Congenital
- Obat terlarang / Drug abuse
- Kejiwaan / Mental Disorder
- Kosmetik / Cosmetic
- Kehamilan / Pregnancy
- Kesuburan atau Ketidaksuburan / Fertility or Infertility
- Penyakit Kelamin (co. HIV) / Venereal Disease (ex. HIV)

b.

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Ya / Yes | ☐ Tidak / No |
| ☐ Ya / Yes | ☐ Tidak / No |
| ☐ Ya / Yes | ☐ Tidak / No |
| ☐ Ya / Yes | ☐ Tidak / No |
| ☐ Ya / Yes | ☐ Tidak / No |
| ☐ Ya / Yes | ☐ Tidak / No |
| ☐ Ya / Yes | ☐ Tidak / No |
| ☐ Ya / Yes | ☐ Tidak / No |

c. Penyebab diagnosa
Caused of diagnosis

c.

3. a. Tanggal pertama kali konsultasi
Date of the first consultation

a.

d	d	m	m	y	y	y	y
---	---	---	---	---	---	---	---

b. Untuk penyakit apa pada waktu pertama konsultasi
For what disease when the first consultation

b.

4. a. Riwayat penyakit sekarang
History of the current disease

a.

b. Riwayat penyakit sebelumnya
History of the previous disease

b.

5. Tanggal dirawat di Rumah Sakit
Date of hospitalization

<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y	s/d to	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y
d	d	m	m	y	y	y	y											
d	d	m	m	y	y	y	y											

6. Nama dan alamat dokter yang merujuk
Name and address of referral Doctor

7. Hasil pemeriksaan fisik (Lab, X ray, CT scan, Patologi Anatomi, dll)*
Physical examination result (Lab, X ray, CT scan, Pathology Anatomy, etc)*
* Mohon melampirkan hasil pemeriksaan / Please attach the examination result

8. Terapi atau tindakan
Therapy or treatment

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 :

- ☐ Spontan / Spontaneous
- ☐ Dengan penyulit / With complications
 Jelaskan / Explain

- ☐ Sectio / Sectio
 Indikasi Sectio / Sectio Indication

Jika Meninggal / If Death :

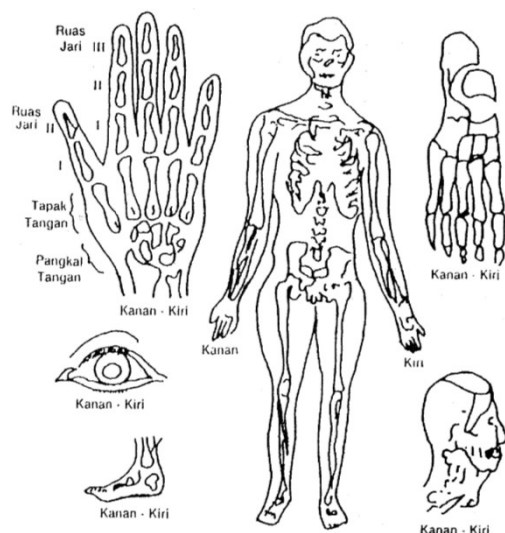
 Tempat, tanggal dan waktu meninggal dunia
 Place, date and time of death

Jika disebabkan oleh Kecelakaan / if Caused by Accident

- | | |
|---|----|
| a. Tempat, tanggal dan waktu kecelakaan
Place, date and time of accident | a. |
| b. Kronologis kecelakaan
Chronology of accident | b. |
| c. Bagian yang terluka
Injured part | c. |

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.



- 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.

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

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 semua jawaban, pernyataan, keterangan dan informasi dalam Formulir Surat Keterangan Dokter ini termasuk semua lampiran dan/atau dokumen yang dilampirkan adalah lengkap, aktual, benar, dan dapat dipertanggungjawabkan.
 I, as the Physician who has treated the Patient mentioned above, declare that all answers, statements, explanations, and information in this Attending Physician's Statement, including those provided in any attachments hereto, are complete, actual, correct, and reliable.

 Nama Dokter
 Doctor Name

 Nama Rumah Sakit
 Hospital Name

 No. HP
 Handphone No.

 Alamat Rumah Sakit
 Hospital Address

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

 Tempat / Place :
 Tanggal / Date :

