

**SURAT KETERANGAN DOKTER** – untuk klaim selain Meninggal/Cacat  
**ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT** – for claim other than Death/Disability



Nama Pasien : ..... Nomor Rekam Medik : .....  
*Patient's Name* *Medical Record Number*  
Tanggal Lahir : ..... Umur : ..... tahun  
*Date of Birth* *Age* *y.o.*  
Alamat Pasien : ..... Jenis Kelamin :  Pria  Wanita  
*Patient's Address* *Sex* *Male* *Female*  
Nama Rumah Sakit : ..... Jam Masuk Kamar : ..... Jam Keluar Kamar : .....  
*Hospital Name* *Admission Time* *Discharge Time*  
Jenis Layanan :  Rawat Inap  Pre/Post Rawat Inap  Penyakit Kritis  Lain-lain: .....  
*Type of Service* *In Patient* *Pre/Post Hospitalization* *Critical Illness* *Others*

Tanggal perawatan : ..... s.d. ..... tgl/bln/thn  
*Date of hospitalization* *to* *dd/mm/yyyy*

Keluhan/gejala yang dirasakan  
*Nature of symptoms*

Pemeriksaan fisik : ..... Tekanan darah : ..... Lainnya: .....  
*Physical examination* *Blood pressure* *Others*

Tanggal konsultasi pertama : ..... tgl/bln/thn  
*Date of first consultation* *dd/mm/yyyy*

Sejak kapan pasien telah mengalami gejala penyakit sebelum konsultasi pertama? ..... tgl/bln/thn atau sudah berapa lama: .....  
*Since when the patient has got the symptoms before the first consultation?* *dd/mm/yyyy* *or how long*

Diagnosa  
*Diagnosis*

Apakah Diagnosa tersebut di atas berhubungan dengan: .....  
*Does the above Diagnosis related to*

Kelainan/cacat bawaan  Pengobatan gigi dan gusi  
*Congenital or Hereditary disease* *Dental treatment*  
 Pemeriksaan kesehatan rutin  Kelainan kejiwaan  
*Medical check up* *Mental disorder*  
 Kehamilan, persalinan, atau keguguran  Pekerjaan  
*Pregnancy, delivery or abortion* *Occupational*

Anamnesis penyakit yang pernah diderita sebelumnya  
*Anamnesis of past medical history*

Hasil pemeriksaan penunjang  
*Other examinations? (Laboratory, Radiology, etc.)*

Apakah diperlukan tindakan pembedahan? Jika "Ya", sebutkan tanggal, jenis pembedahan dan jenis anastesi yang dilakukan? .....  
*Was a surgical operation performed? If "Yes", please state date, type of operation and type of anesthesia used?*

Ya  Tidak  
*Yes* *No*  
Tujuan pembedahan :  Kuratif  Diagnostik  
*Purpose of surgery* *Curative* *Diagnostic*  
Tgl. pembedahan : ..... tgl/bln/thn  
*Date of surgery* *dd/mm/yyyy*  
Jenis pembedahan : .....  
*Type of surgery*  
Jenis anastesi : .....  
*Type of anesthesia*

● Apakah rawat inap pasien ini atas rekomendasi dokter? .....  
*Was the hospitalization base on doctor's recommendation?*  
 Ya  Tidak  
*Yes* *No*  
 ● Apakah rawat inap pasien ini atas permintaan pasien sendiri? .....  
*Was the hospitalization base on patient's request?*  
 Ya  Tidak  
*Yes* *No*  
 ● Apakah pasien mengajukan permohonan untuk memperpanjang perawatan? .....  
*Did the patient ask for an extension of hospitalization?*  
 Ya  Tidak  
*Yes* *No*

Mohon penjelasan:  
*Please explain*

Apakah Pasien menderita penyakit lainnya, baik yang diderita saat menjalani perawatan atau sebelum perawatan? .....  
*Have the patient suffered another illness, either suffered during treatment or before treatment?*

Ya  Tidak Jika Ya, mohon jelaskan:  
*Yes* *No* *If Yes, please detail*  
Diagnosa : .....  
*Diagnosis*  
Diderita sejak : ..... tgl/bln/thn  
*Suffered since* *dd/mm/yyyy*

Demikian keterangan dalam formulir ini Saya berikan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya  
*Hereby I declare that the above information is true and complete to the best of my knowledge.* Dokter  
*Physicians*

Nama Dokter : .....  
*Doctor's Name*  
Spesialisasi : .....  
*Specialization*  
Nomor Handphone : .....  
*Cellphone Number*  
Tempat & Tanggal : .....  
*Place & date*

.....  
Tanda tangan & nama jelas beserta cap rumah sakit  
*Signature & name with Hospital's stamp*