

SURAT KETERANGAN DOKTER PEMERIKSA

No. Polis :

Nama Pemegang Polis :

Nama Pasien(Tertanggung) :

Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan

Jenis Perawatan : Rawat Inap Rawat Jalan

A. Jika Rawat Jalan, mohon pilih perawatan yang dilakukan:

- Tindakan Bedah Rawat Jalan (*One Day Surgery*)
- Implan dan Protesa
- Manfaat sebelum Rawat Inap
 - Konsultasi Dokter Spesialis sebelum Rawat Inap atau Bedah
 - Pemeriksaan Penunjang Diagnostik dan Laboratorium sebelum Rawat Inap atau Bedah
- Manfaat Setelah Rawat Inap dan Rawat Jalan
 - Perawatan setelah Rawat Inap
 - Biaya Perawat setelah Rawat Inap
- Fisioterapi
- Cuci Darah (*hemodialisis*)
- Perawatan Kanker
- Rawat Jalan akibat Kecelakaan

Tanggal kecelakaan: / / (tanggal/bulan/tahun)

Kronologi kecelakaan:

.....

B. Jika Rawat Inap, mohon jelaskan sebab perawatan:

- Kecelakaan, mohon sebutkan tanggal dan kronologi kecelakaan:

.....

.....

.....

- Penyakit

Keluhan Utama:

.....

.....

Diagnosa Pasien (Tertanggung):

.....

.....

Nama Tindakan dan operasi yang dilakukan saat Rawat Inap (jika ada):

.....

.....

Sejak kapan pertama kali Pasien (Tertanggung) berobat kepada Anda dengan / / (tanggal/bulan/tahun) keluhan utama dan diagnosa tersebut?

Dari anamnesa Anda, apakah Tertanggung sebelumnya pernah menderita kondisi di atas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini? Mohon uraikan jenis penyakit/keluhan apa saja dan sejak kapan diderita:

Tanggal	Keluhan	Diagnosa
.....
.....
.....

Apakah Anda merujuk Pasien (Tertanggung) ke dokter spesialis lainnya?

Ya Tidak

Jika ya, mohon isi nama dokter dan indikasi:

.....
.....

Indikasi Rawat Inap Pasien (Tertanggung):

.....
.....
.....

Lama Rawat Inap:

ICU, tanggal masuk....., tanggal keluar....., lama perawatan,.....hari

Kamar, tanggal masuk....., tanggal keluar....., lama perawatan,.....hari

Bila Pasien rujukan, mohon sebutkan nama dokter dan instansi kesehatan yang merujuk:

.....
.....

Apakah Pasien (Tertanggung) setelah keluar Rumah Sakit, Anda rekomendasikan untuk dirawat oleh seorang Perawat di rumah?

Mohon penjelasan indikasinya.

.....
.....
.....

Penyakit/kondisi di atas disebabkan atau berhubungan dengan:

Kelainan Bawaan Kosmetika/Estetika
 Kesuburan Kehamilan

Pasien pulang dalam keadaan:

Sembuh Cacat Tetap Cacat Sebagian

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar.

.....
Tempat dan Tanggal, Nama Dokter, tanda tangan,
cap/stempel Dokter dan atau cap/stempel Rumah Sakit