

Kepada Yth.



E-mail : lancar@car.co.id
Homepage : www.car.co.id

RAHASIA
CONFIDENTIAL

Untuk Perhatian : **BAGIAN KLAIM / CLAIM DEPARTMENT**

Perihal : **SURAT KETERANGAN DOKTER**

Re : **ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini / *The undersigned* :

1 (a) Nama dokter yang merawat <i>Attending doctor</i> (b) Rumah sakit / Poliklinik / Puskesmas / Pribadi <i>Hospital / Clinic / Private</i> (c) Alamat / <i>Address</i> (d) Telepon / Fax / <i>Telephone / Fax</i> :	(a) (b) (c) (d)
Menerangkan bahwa / <i>Confirmed that</i>	

2 (a) Nama pasien / <i>Patient's name</i> (b) Umur / Tgl lahir / <i>Age / Date of birth</i> (c) Alamat / <i>Address</i>	(a) (b) (c)
---	-------------------------------------

Dirawat inap dengan keterangan sbb.
Was undergoing treatment as follows :

Anjuran dokter Permintaan sendiri
Doctor's recommendation *Patient's request*

3 (a) Tanggal perawatan / <i>Period of hospitalisation</i> (b) Dirujuk oleh Dokter / Rumah sakit <i>Referred by Doctor / Hospital</i> Alamat / Telepon / <i>Address / Telephone</i> (c) Tanggal konsultasi pertama kali <i>First consultation date [DD / MM / YY]</i> (d) Anamnesis / <i>Anamnesis</i> Keluhan utama / <i>Main complaint</i> Riwayat Penyakit Sekarang (RPS) / <i>Present History</i>	(a) s/d (until)..... (b) (c) (d) Tgl pertama kali gejala tsb timbul : tgl/bln/thn / [dd/mm/yy] <i>Date of first symptoms occurred :</i>/...../..... Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) / <i>Past History</i> tgl/bln/thn / [dd/mm/yy] (1)/...../..... (2)/...../..... (3)/...../..... (c) (f) (g)
(e) Pemeriksaan fisik / <i>Physical examination</i> (f) Pemeriksaan penunjang / <i>Supporting / Additional test</i> Laboratorium / <i>Laboratory, Lain-lain / Others</i> (g) Laporan singkat perkembangan penyakit dan tindakan pengobatan, operasi atau terapi yang diberikan / <i>Brief explanation of current condition and treatment / medication / therapy given</i>	(e) (f) (g)

Mohon surat keterangan ini dikirimkan langsung kepada PT A.J. Central Asia Raya / *Please mail this form directly to PT A.J. Central Asia Raya*

- (h) Diagnosis / *Diagnosis*
- (i) Apakah kelainan bawaan / *Is this congenital*
- (j) Apakah merupakan penyakit keturunan / *Is this hereditary*
- 4 Kapan penderita diijinkan pulang oleh dokter
When the patient was permitted / capable to be discharged from the hospital [dd / mm / yy]
- 5 Kondisi lepas rawat inap / *Post treatment condition*

- (h)
- (i) Ya / *Yes* Tidak / *No*
- (j) Ya / *Yes* Tidak / *No*
- 4
- 5

Jika meninggal dunia / *If death occurred :*

- 6 (a) Tempat, tanggal dan waktu meninggal
Place, date & time of death
- (b) Sebab meninggal / *Cause of death*
(menurut nomenklatur internasional)
(based on International Classification Diseases)
- (c) Penyakit yang mendasari (sejak kapan diderita)
Underlying disease (when it was detected for the first time)

- (a) tgl / *date*.....,jam / *time*.....
 - (b)
- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| Komplikasi / <i>Complications</i> | tgl/bln/thn / <i>(dd/mm/yy)</i> |
| (1) |/...../..... |
| (2) |/...../..... |
| (3) |/...../..... |

Jika luka / cedera / kematian disebabkan trauma / kecelakaan / *It the injury / death related to an trauma / an accident :*

- 7 (a) Tanggal kecelakaan / *Date of accident*
- (b) Bagaimana terjadinya kecelakaan
Describe the event / accident
- (c) Keterangan rinci tentang luka cederanya
Detail of the injury

- (a)
- (b)
- (c)

Lokasi luka / cederanya / *Site of injury*

.....

.....

Jika telah dilakukan pembedahan atau pematangan anggota badan. Terangkan dengan seksama / *If surgery or amputation was performed, describe in details*

.....

.....

Berapa persen cacat / berkurangnya fungsi anggota badan setelah dianggap sembuh ? / *Upon recovery, will the patient becomes disabled ? If yes, please describe in detail of his / her disability, for partial disability please state % of loss of function.*

.....

.....

Deskripsikan cacat / ketidakmampuan pada penderita setelah dianggap sembuh / *Describe the conditions after the patient is cured*

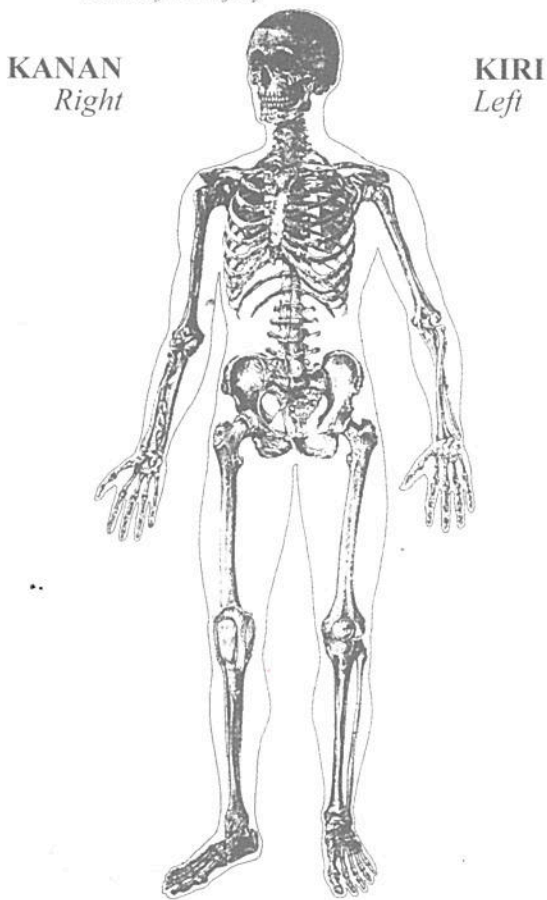
.....

.....

Adakah penderita dapat melakukan kembali pekerjaan biasa atau ringan
Will this patient able to return to work / perform minor duty

.....

.....



Tempat / Tanggal / *Place / Date :*

Dokter yang merawat / *Attending doctor :*

(Tanda tangan & Nama jelas)
(Signature & Name)