

Kepada Yth. **PT AJ CENTRAL ASIA RAYA**
WISMA ASIA Lt. 11
Jl. Letjen S. Parman Kav. 79
Jakarta Barat 11420
T: 021-563 7901; **F:** 021-563 7902, 563 7903
E: lancar@car.co.id
www.car.co.id

RAHASIA
CONFIDENTIAL

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

Perihal : **SURAT KETERANGAN DOKTER**

Dengan hormat,

Re : ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

Yang bertanda tangan dibawah ini / *The undersigned* :

- 1 (a) Nama dokter yang merawat
Attending doctor
- (b) Rumah sakit / Poliklinik / Puskesmas / Pribadi
Hospital / Clinic / Private
- (c) Alamat / *Address*
- (d) Telepon / Fax / *Telephone / Fax:*

(a)

(b)

(c)
.....

(d)
.....

Menerangkan bahwa / *Confirmed that*

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

(a)

(b)

(c)
.....

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

- 3 (a) Tanggal perawatan / *Period of hospitalisation*
(b) Dirujuk oleh Dokter / Rumah sakit
Referred by Doctor / Hospital
Alamat / Telepon / *Address / Telephone*
(c) Tanggal konsultasi pertama kali
First consultation date [DD / MM / YY]
(d) Anamnesis / *Anamnesis*

☐ Anjuran dokter
Doctor's recommendation

☐	Permintaan sendiri <i>Patient's request</i>
--------------------------	--

(a) s/d (*until*).....

(b)
.....
.....

(c)
.....
.....

(d)
.....
.....
.....
.....

Keluhan utama / *Main complaint*Riwayat Penyakit Sekarang (RPS) / *Present History*

tgl/bln/thn / [dd/mm/yy]

Tgl pertama kali gejala tsb timbul :
Date of first symptoms occurred :

...../...../.....

tgl/bln/thn */[dd/mm/yy]*

Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) / *Past History*

(1) /..... /.....

(2) /..... /.....

(3) /..... /.....

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

(e) Pemeriksaan fisik / <i>Physical examination</i>	(e)
(f) Pemeriksaan penunjang / <i>Supporting / Additional test</i> Laboratorium / <i>Laboratory</i> , Lain-lain / <i>Others</i>	(f)
(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>	(g)
(h) Diagnosis / <i>Diagnosis</i>	(h)
(i) Apakah kelainan bawaan / <i>Is this congenital</i>	(i) ☐ Ya / <i>Yes</i> ☐ Tidak / <i>No</i>
(j) Apakah merupakan penyakit keturunan / <i>Is this hereditary</i>	(j) ☐ Ya / <i>Yes</i> ☐ Tidak / <i>No</i>
4 Kapan penderita diijinkan pulang oleh dokter <i>When the patient was permitted / capable to be discharged from the hospital [dd / mm / yy]</i>	4
5 Kondisi lepas rawat inap / <i>Post treatment condition</i>	5

Jika meninggal dunia / *If death occurred :*

6 (a) Tempat, tanggal dan waktu meninggal <i>Place, date & time of death</i>	(a) tgl / <i>date</i>,jam / <i>time</i>
(b) Sebab meninggal / <i>Cause of death</i> (menurut nomenklatur internasional) (based on <i>International Classification Diseases</i>)	(b) Komplikasi / <i>Complications</i> tgl/bln/thn / (dd/mm/yy)
(c) Penyakit yang mendasari (sejak kapan diderita) <i>Underlying disease (when it was detected for the first time)</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 / <i>Date of accident</i>	(a)
(b) Bagaimana terjadinya kecelakaan <i>Describe the event / accident</i>	(b)
(b) Keterangan rinci tentang luka cederanya <i>Detail of the injury</i>	(c)

Tempat / Tanggal / *Place / Date :*

Dokter yang merawat / *Attending doctor :*

(Tanda Tangan, Nama Jelas & Stempel Dokter/Cap Rumah Sakit)
(*Signature, Name, Doctor Stamp/Hospital Stamp*)