

**RAHASIA**

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

Perihal : **SURAT KETERANGAN DOKTER**

Dengan hormat,

Re: *ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT*

Yang bertanda tangan dibawah ini / *The undersigned:*

<p>1 (a) Nama dokter yang merawat <i>Attending doctor</i></p> <p>(b) Rumah sakit / Poliklinik / Puskesmas / Pribadi <i>Hospital / Clinic / Private</i></p> <p>(c) Alamat / <i>Address</i></p> <p>(d) Telepon/Fax / <i>Telephone/Fax</i></p> <p>Menerangkan bahwa / <i>Confirmed that</i></p>	<p>(a) .....</p> <p>(b) .....</p> <p>(c) .....</p> <p>(d) .....</p> <p>.....</p>
<p>2 (a) Nama pasien / <i>Patient's name</i></p> <p>(b) Umur/Tanggal Lahir / <i>Age/Date of birth</i></p> <p>(c) Alamat / <i>Address</i></p>	<p>(a) .....</p> <p>(b) .....</p> <p>(c) .....</p> <p>.....</p>

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*

Keluhan utama / *Main complaint*

Riwayat Penyakit Sekarang (RPS) / *Present History*

Anjuran dokter       Permintaan sendiri  
*Doctors recommendation      Patients request*

(a) ..... s.d. (until) .....

(b) .....

(c) .....

(d) .....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Tanggal pertama kali gejala tsb timbul:  
*Date of first symptoms occurred:* ...../...../.....

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

Menerangkan bahwa / *Confirmed that*

(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/Supporting / <i>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 Utama / <i>Primary Diagnosis</i>	(h) .....
(i) Diagnosis tambahan/penyerta / <i>Secondary Diagnosis</i>	(h) .....
(j) Tindakan operasi (jika ada) / <i>Surgical treatment (if any)</i>	(h) .....
(k) Apakah kelainan bawaan / <i>Is this congenital</i>	(k) <input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No
(l) Apakah merupakan penyakit keturunan <i>Is this hereditary</i>	(l) <input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No
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 hospitalization condition</i>	(5) .....

Jika meninggal dunia / *If death occurred:*

6 (a) Tempat, tanggal dan waktu meninggal <i>Place, date &amp; time of death</i>	(a) ..... tgl / date ....., .....jam / time .....
(b) Sebab meninggal / <i>Cause of death</i> (menurut nomenklatur internasional) (based on <i>International Classification Diseases</i> )	(b) .....
(c) Penyakit yang mendasari (sejak kapan diderita) <i>Underlying disease (when it was detected for the first time)</i>	Komplikasi / <i>Complications</i> tgl/bln/thn / <i>[dd/mm/yy]</i>
	(1) ...../...../.....
	(2) ...../...../.....
	(3) ...../...../.....

Jika luka/cedera/kematian disebabkan trauma/kecelakaan / *If 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) .....
(c) Keterangan rinci tentang luka cederanya (Status lokalis) <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*)