



Nomor Polis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Diisi oleh petugas)
Tanggal Dokumen Diterima

Surat Keterangan Dokter selain Klaim Meninggal Dunia / Attending Phycisian's Statement for Non Death Claim Diisi oleh Dokter yang merawat (filled by Treating Doctor)

Catatan Penting :

- Mohon untuk mengisi formulir dengan lengkap dan benar sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat /
Please fill this form completely and correctly to ensure fast and accurate processing. All fields are compulsory
- Setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk catatan atas formulir ini wajib ditandatangani oleh Dokter yang merawat/
Any corrections made to this form must be signed by the treating Doctor/
- Apabila kolom yang ada tidak mencukupi, mohon di tulisakan di lembar yang disediakan/
If the space is not enough, please written on provided sheet.
- Terima kasih atas kesediaan anda untuk melengkapi dan mencantumkan tanda tangan, tanggal dan stempel pada formulir klaim ini/
Thank you for completing this medical claim form with your signature, date and stamp on this form.

A. INFORMASI ADMINISTRASI / ADMINISTRATIVE DETAILS

No. Rekam Medis / Medical Record No. :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pasien / Patient's Name :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B. INFORMASI MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Tanggal pertama kali konsultasi ke untuk penyakit yang diderita /
Date of first consultation for this condition :

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

2. Gejala/keluhan utama yang muncul/main symptoms/complain presented : _____

3. Tanggal gejala/keluhan tersebut pertama kali dirasakan /
Date of the first symptoms/complain occured :

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

4. Tanggal perawatan / *Date of Hospitalization* :

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

 to

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

5. Diagnosa / *Diagnosis*: a. _____ Tanggal/Date :

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

b. _____ Tanggal/Date :

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

c. _____ Tanggal/Date :

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

6. Apakah pasien sudah mengetahui diagnosa tersebut sebelum berkonsultasi / *Did the patient know the diagnosis before this consultation* :
 Ya/Yes Tidak/No Jika "Ya", sejak kapan? Tanggal :

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

If "Yes", since when? Date

7. Etiologi diagnosa / *The etiology of diagnosis*: _____

8. Apakah pasien pernah di diagnosa dengan segala kondisi medis/penyakit yang mendasari/menjadi penyebab kondisi saat ini /
Has Patient been diagnosed with any underlying medical condition that predisposed him/her to the current condition?
 Ya/Yes Tidak/No
Jika 'ya', sebutkan kondisi medis/penyakit tersebut/If 'Yes' Please state condition: _____
Tanggal diagnosis ditegakkan /*Date of Diagnosis* :

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--

C. INFORMASI PENGOBATAN / TREATMENT DETAILS


1. Apakah ada pemeriksaan tambahan yang dilakukan untuk menentukan diagnosa /*Were any additional examination conducted to define diagnosis* : Ya/Yes Tidak/No
Jika 'ya', Mohon penjelasan/If 'Yes' Please provide details:

Tanggal Pemeriksaan/ <i>Date of Examination</i> (dd / mm / yyyy)	Jenis Pemeriksaan/ <i>Type of Examination</i>	Hasil/ <i>Result</i>

2. Mohon dijelaskan tindakan pengobatan medis yang diberikan/ Kindly describe the medical treatment measures has been given :

Jenis Tindakan / Types of Treatment	Indikasi Medis Tindakan/Medical Treatment Indication

D. KONDISI INI DISEBABKAN OLEH / KOMPLIKASI DARI / BERHUBUNGAN DENGAN / THIS CONDITION IS CAUSED BY / COMPLICATION OF / RELATED TO :

	Ya/Yes	Tidak/No
<p>1. Kecelakaan / Accident Jika 'ya', tanggal kecelakaan / If 'yes' date of accident <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(a) Uraikan bagaimana kecelakaan terjadi / Description of how the accident happened</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(b) Gambaran cedera/luka / Description of the extent of bodily injury</p>  <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Melukai diri sendiri / Self-inflicted injury?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bunuh diri / committed suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kehamilan, Infertilitas, sub-fertilitas, kelahiran, KB, sterilisasi, Keguguran atau aborsi / Pregnancy, infertility, Sub-Fertility, childbirth, Birth control, Sterilization, miscarriage or abortion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan depresi, mental atau gangguan kejiwaan / Is the condition associated with a depression, mental or psychiatric disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan cacat lahir atau kelainan bawaan / Is the condition associated with a birth defect or congenital disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Alasan kosmetik / cosmetic reason:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan penyakit menular seksual atau penyakit yang berhubungan dengan HIV/AIDS / Is the condition associated with Sex transmitted disease or HIV / AIDS related illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Alkoholisme atau penyalahgunaan obat-obatan atau segala cedera atau penyakit yang diderita setelah mengkonsumsi cairan dan obat-obatan yang berbahaya / alcoholism or drug abuse or any injury or illness suffered after taking intoxicating liquors or drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Obesitas, penurunan berat badan, atau peningkatan berat badan / obesity, weight reduction, or weight improvement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perawatan dan pengobatan Gigi / Dental care and treatment:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. RENCANA PENGOBATAN SELANJUTNYA / FUTURE TREATMENT PLAN

1. Bagaimana respon pasien terhadap pengobatan / Patient's respond to the treatment: _____
2. Apakah ada rencana untuk pengobatan lanjutan / Is further treatment planned? Ya/Yes Tidak/No
 Jika 'Ya', mohon dijelaskan rencana pengobatan lanjutan dari yang pasien butuhkan saat ini (termasuk kapan dilakukan dan apa indikasi medisnya) / If 'Yes' please specified any follow up treatment currently needed by the patient (including plan date and medical reason for the treatment
- _____
- _____
3. Apakah pasien dirujuk ke dokter lain untuk follow up atau pengobatan lanjutan./ Was the patient referred to other doctor(s) for follow up or further management? Ya/Yes Tidak/No
 Jika 'Ya', mohon sebutkan nama dan alamat dokter serta alasan dirujuk./If 'Yes', please state name and address of doctor and the reason(s) for referral
- _____
- _____

4. Apakah ada kemungkinan untuk dilakukan Pembedahan lanjutan / *Any likelihood of further surgery to be required?*

Ya/Yes Tidak/No Jika 'ya', Mohon penjelasan / *If 'Yes' Please provide details:*

Jenis Pembedahan/ <i>Type (s) of Surgical (s)</i>	Indikasi medis pembedahan/ <i>Medical indication of surgery</i>	Perkiraan Tanggal Pembedahan/ <i>tentative date (s) of surgery</i> (dd / mm / yyyy)

Berhubungan dengan Riwayat Medis pasien / *Regarding the patient's medical history*

Apakah pasien pernah berkunjung ke/dirawat di RS ini / RS lain sebelumnya, baik disebabkan oleh hal yang sama ataupun berbeda / *Has the patient visited to /been admitted to this hospital/ any hospital previously, either for the same or different cause?*

Ya/Yes Tidak/No Jika 'Ya' mohon dijelaskan / *If 'Yes' please give details*

Tanggal / <i>Date (dd / mm / yyyy)</i>	Nama Rumah sakit/ <i>Name of Hospital</i>	Nama dokter / <i>Name of doctor</i>	Diagnosis / <i>Diagnosis</i>

F. PERNYATAAN DOKTER / MEDICAL PRACTICIONER DECLARATION

Dengan ini menyatakan bahwa Saya adalah Dokter yang merawat pasien ini dan Saya memberikan keterangan dengan sebenar-benarnya sesuai dengan pengetahuan yang Saya miliki / *I declare that I am the patient's treating medical Doctor and that the particulars given are true and correct to the best of my knowledge.*

Tanggal / *Date* : / / (dd / mm / yyyy)

Tandatangan / *Signature & Stempel Rumah Sakit/*
Klinik/Dokter/ *Hospital/Clinic/Doctor Stamp* :

Nama / *Name* : _____

Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, mohon di tuliskan di halaman ini / *If the space is not enough, please written on this page*