

# MEDICARE ESSENTIAL

## FORMULIR KETERANGAN DOKTER

1. Tanggal pertama kali peserta konsultasi kepada dokter sehubungan dengan penyakit / kecelakaan yang diderita :

/	/
---	---

2. a. Keluhan :

--

- b. Sudah berapa lama keluhan tersebut diderita pasien:

--

3. Diagnosa Penyakit :

--

(Kode ICD X \_\_\_\_\_)

4. Diagnosa Penyerta :

--

5. Tindakan Pembedahan :

--

(G061 12/12)

6. Pemeriksaan Fisik :

7. Pemeriksaan Penunjang:

8. Apakah diagnosa pada point 3 diatas:

- a. Merupakan kelainan bawaan
- b. Disebabkan kehamilan
- c. Merupakan komplikasi penyakit lain
- d. Gangguan mental dan kejiwaan
- e. Terinfeksi virus HIV, AIDS, ARC

Jika ya, Sebutkan nama penyakit dan sejak kapan diderita:

f. Pemeriksaan fisik secara rutin

9. Pengobatan:

10. Saran Dokter:

11. Prognosa:

12. Apakah pasien ini adalah rujukan dari dokter atau rumah sakit lain:

Ya                       Tidak

Tanggal Konsultasi/Perawatan

/	/
---	---

Nama dokter/rumah sakit dan alamat dokter/rumah sakit tempat konsultasi tersebut

--

Demikian saya menyatakan bahwa seluruh jawaban di atas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya.

\_\_\_\_\_  
Nama & Tanda Tangan Dokter & Stempel RS

\_\_\_\_\_  
Tempat

\_\_\_\_\_  
Tanggal / Bulan / Tahun