

SURAT KETERANGAN DOKTER/ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT

Klaim Perawatan Rumah Sakit/Hospitalization Claim

Dilisi dengan lengkap oleh dokter yang merawat dalam bahasa Indonesia atau Inggris
(To be completed by Attending Physcician, in bahasa Indonesia or English ONLY)

1. Nama pasien / Name of the patient : _____
2. Nomor identitas / ID or Passport number : _____
3. Tanggal lahir; usia; / Date of birth; age : _____
4. Jenis kelamin / Sex : Laki-laki/Male Perempuan/Female
5. Nomor rekam medis / Medical record number : _____
6. Tanggal perawatan / Date of treatment : s/d- to
 tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy
 Rawat inap / inpatient
 Rawat jalan / Outpatient
7. Anamnesa / Anamnesis; Riwayat penyakit / Hlstory of disease : _____

8. Tanggal gejala atau keluhan pertamakali diketahui pasien / Date of first occurance of the symptom and complaint : - - tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy
9. Tanggal pertamakali konsultasi untuk sakit/kelainan ini / Date of first consultation for this disease : - - tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy
10. Nama dan alamat dokter yang merujuk / Name and address of referral doctor : _____
11. Jenis dan hasil pemeriksaan fisik,lab,rontgen,CT Scan, hasil PA dll / Physical examination result (lab, X-ray, CT scan, clinical Pathology Result, etc) : _____

12. Diagnosa atau dugaan diagnosa / Final diagnosis or Working diagnosis : _____
 Kode ICD X / ICD Code X : _____
13. Terapi atau tindakan / Therapy or treatment : _____

14. Indikasi medis rawat inap / rawat jalan / Medical indication for inpatient / outpatient : _____
15. Rawat inap / rawat jalan atas permintaan / Inpatient / outpatient requested by : _____
 Dokter / Doctor, rawat inap selama / inpatient for _____ hari / days, atau / or
 Pasien / Patient

16. Diagnosa di atas berhubungan dengan (beri tanda \checkmark pada pilihan) / Diagnosis above is related to (please \checkmark where applicable) :

- Kesuburan / Fertility Penyakit kejiwaan / Psychiatry Kecelakaan / Accident
 Penggunaan kontrasepsi / Contraception Kelainan bawaan / Congenital AIDS / HIV
 Penyakit kelamin / Venereal disease Kehamilan / Pregnancy Pekerjaan / Occupation

17. Diagnosa tersebut akibat dari / The diagnosis above is as a result of :

- Kecelakaan / accident Penyalahgunaan obat bius / drug abuse
 Konsumsi alcohol / alcoholism Olahraga berbahaya / dangerous sport
 Percobaan bunuh diri / suicide attempt Perang atau huru hara / war or riot
 Percobaan melukai diri sendiri / self-inflicted injury

18. Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya ? : Ya/Yes Tidak/No
 Has the patient ever been consulted / hospitalized before?

Jika Ya / If Yes:

- a. Tanggal / Date : - - tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy
- b. Diagnosa / Diagnosis : _____
- c. Nama dokter / Name of doctor : _____
- d. Nama rumah sakit / Name of hospital : _____

19. Riwayat penyakit dahulu / Previous history of any disease) :

Tanggal / Date (tgl/bln/tahun) / (mm/dd/yyyy)	Diagnosa / Diagnosis, Kode ICD X / ICD Code X	Nama dokter / Name of doctor	Nama RS / Name of hospital

20. Faktor / Penyakit lain yang memicu/berkaitan dengan timbulnya : _____
 penyakit / kelainan tersebut / Underlying disease related to this
 illness / disorder

21. Bila dilakukan tindakan bedah mohon dijelaskan jenis pembedahan / : _____
 If surgery was done, please explain the type of surgical procedure

22. Tanggal pembedahan / Date of surgery : - - tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan sesuai yang sebenarnya.
 As the doctor handling the treatment of the above mentioned patient, I hereby declared that the above questions had been answered completely and factually.

Nama dokter / Name of doctor : _____

Spesialisasi / Specialization : _____

Alamat / Address : _____

Tempat & tanggal
Place & date

Tandatangan & stempel dokter/RS
Signature of doctor & stamp of hospital/doctor