



SURAT KETERANGAN DOKTER Untuk Klaim Penyakit Kritis

(Diisi oleh Dokter)

Kepada Yth. Dokter yang merawat/mengobati.

Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan yang Dokter Ketahui. Terima kasih.

Data-data Pasien		
Nama Pasien : _____	No. Pasien / Rekam Medis : _____	
Tanggal lahir / Umur : ____ / ____ / ____ / atau ____ tahun,	Jenis kelamin : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	
Alamat Pasien : _____		
Tanggal Perawatan Anamnesa : Riwayat Penyakit Dahulu Anamnesa : Riwayat Penyakit Sekarang	Dari (tgl/bln/thn) _____ s/d (tgl/bln/thn): _____ _____ _____	
Tanggal pertama kali gejala/ keluhan diketahui oleh pasien Tanggal pertama kali konsultasi Nama / alamat dokter yang memeriksa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal / bulan / tahun) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal / bulan / tahun) _____	
Hasil Pemeriksaan fisik Jenis serta hasil Pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Lab, Rontgen, USG, CT Scan, dll)	Tensi : _____ Nadi : _____ Suhu : _____ Pernafasan : _____ Kesadaran : _____ _____	
Diagnosa atau dugaan Diagnosa *) Tanggal pertama kali Diagnosa ditegakkan Terapi/ tindakan yang dilakukan *) Apakah Diagnosa di atas Berhubungan dengan Kelainan Bawaan ? Berhubungan dengan Penyakit Kejiwaan ? Merupakan komplikasi dari penyakit lain ? Merupakan Penyakit Kronis atau Episode Berulang ?	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal / bulan / tahun) _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan: _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan: _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan: _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Jika YA, diderita sejak : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal/ bulan/ tahun)	
Mohon jelaskan kondisi pasien saat ini**	_____ _____	
Keterangan lain mengenai kesehatan pasien**	_____ _____	
Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.		
Nama Dokter : _____	Spesialisasi : _____	
Alamat Dokter / RS : _____	No. Telepon / HP : _____	
_____	_____	_____
Tempat & Tanggal	Tandatangan Dokter	Cap Rumah Sakit

**Gunakan lembar tambahan jika diperlukan