



SURAT KETERANGAN DOKTER Untuk Klaim Rawat Inap

(Diisi oleh Dokter yang merawat)

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 : _____		
Riwayat Klinis Tanggal pertama kali konsultasi Keluhan dan gejala penyakit / cedera Diagnosa penyakit atau cedera tersebut Dokter yang memeriksa / merawat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal / bulan / tahun) _____ _____ _____	
Rawat Inap Tanggal pertama kali keluhan/ gejala penyakit muncul Tanggal pertama kali terdiagnosa penyakit tersebut Tanggal Perawatan DIAGNOSA AWAL DIAGNOSA AKHIR*) Pengobatan / tindakan yang diberikan Jenis Operasi (Jika dilakukan pembedahan) Hasil Pemeriksaan fisik Pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Laboratorium, X Ray, EKG, dll. Dilampirkan) Apakah perawatan ini atas permintaan pasien sendiri ? *) Apakah Diagnosa Akhir di atas Berhubungan dengan Kehamilan (Jika pasien Wanita) ? Berhubungan dengan Penyakit Kejiwaan ? Berhubungan dengan Penyakit Bawaan ? Berhubungan dengan Kecelakaan ? Merupakan Penyakit Kronis atau Episode Berulang ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal / bulan / tahun) Dari (tgl/bln/thn) _____ s/d (tgl/bln/thn) _____ _____ _____ _____ Tanggal Operasi : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal/ bulan/ tahun) Nama Dokter yang melakukan Operasi : _____ Tensi : _____ Nadi : _____ Suhu : _____ Pernafasan : _____ Kesadaran : _____ _____ <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, 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal/ bulan/ tahun)	
Riwayat Penyakit Apakah Pasien ini menderita / memiliki Riwayat Penyakit yang berhubungan dengan <u>Hypertensi, DM, Jantung, Paru-paru, Narkotika, HIV atau penyakit lainnya</u> ? Apakah perawatan pasien ini berhubungan dengan Riwayat Penyakit di atas ? Apakah sebelumnya dokter / Sejawat pernah memeriksa / merawat pasien ini ? Mohon sebutkan nama, alamat dokter / rumah sakit yang Dokter /Sejawat ketahui pernah dikunjungi Pasien ini	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Diagnosa: _____ Diderita sejak : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Jika YA, Alasan : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Jika YA, Kapan : _____ Diagnosa : _____ _____	
Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca 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