

## SURAT KETERANGAN DOKTER/ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT

### Klaim Perawatan Rumah Sakit/Hospitalization Claim

Diisi dengan lengkap oleh dokter yang merawat dalam bahasa Indonesia atau Inggris

(To be completed by Attending Phycisian, 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 / History of disease : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
8. Tanggal gejala atau keluhan pertamakali diketahui pasien   -   -    tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy  
 Date of first occurance of the symptom and complaint
9. Tanggal pertamakali konsultasi untuk sakit/kelainan ini /   -   -    tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy  
 Date of first consultation for this disease
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 /  
 Physiscal 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