

RAHASIA
CONFIDENTIAL

Untuk Perhatian : **BAGIAN KLAIM / CLAIM DEPARTMENT**

Perihal : **SURAT KETERANGAN DOKTER**

Dengan hormat,

Re : **ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**

Yang bertanda tangan dibawah ini / *The undersigned* :

- 1 (a) Nama dokter yang merawat
Attending doctor
- (b) Rumah sakit / Poliklinik / Puskesmas / Pribadi
Hospital / Clinic / Private
- (c) Alamat / *Address*
- (d) Telepon / Fax / *Telephone / Fax*:

- (a)
- (b)
- (c)
- (d)

Menerangkan bahwa / *Confirmed that*

- 2 (a) Nama pasien / *Patient's name*
- (b) Umur / Tgl lahir / *Age / Date of birth*
- (c) Alamat / *Address*

- (a)
- (b)
- (c)

Dirawat inap dengan keterangan sbb.
Was undergoing treatment as follows :
☐ Anjuran dokter
Doctor's recommendation
☐ Permintaan sendiri
Patient's request

- 3 (a) Tanggal perawatan / *Period of hospitalisation*
- (b) Dirujuk oleh Dokter / Rumah sakit
Referred by Doctor / Hospital
Alamat / Telepon / *Address / Telephone*
- (c) Tanggal konsultasi pertama kali
First consultation date [DD / MM / YY]
- (d) Anamnesis / *Anamnesis*
Keluhan utama / *Main complaint*

- (a) s/d (until)
- (b)
- (c)
- (d)

Riwayat Penyakit Sekarang (RPS) / *Present History*

Tgl pertama kali gejala tsb timbul :
Date of first symptoms occurred :

tgl/bln/thn / [dd/mm/yy]

...../...../.....

Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) / *Past History*

- (1) tgl/bln/thn / [dd/mm/yy]
- (2) tgl/bln/thn / [dd/mm/yy]
- (3) tgl/bln/thn / [dd/mm/yy]

- (e) Pemeriksaan fisik / *Physical examination*
- (f) Pemeriksaan penunjang / *Supporting / Additional test*
Laboratorium / *Laboratory*, Lain-lain / *Others*
- (g) Laporan singkat perkembangan penyakit dan tindakan pengobatan, operasi atau terapi yang diberikan / *Brief explanation of current condition and treatment / medication / therapy given*

- (e)
- (f)
- (g)

(h) *Diagnosis / Diagnosis*

(i) *Apakah kelainan bawaan / Is this congenital*

(j) *Apakah merupakan penyakit keturunan / Is this hereditary*

4 *Kapan penderita diijinkan pulang oleh dokter
When the patient was permitted / capable to be
discharged from the hospital [dd / mm / yy]*

5 *Kondisi lepas rawat inap / Post treatment condition*

(h)

(i) ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No

(j) ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No

4

5

Jika meninggal dunia / If death occurred :

6 (a) *Tempat, tanggal dan waktu meninggal
Place, date & time of death*

(b) *Sebab meninggal / Cause of death
(menurut nomenklatur internasional)
(based on International Classification Diseases)*

(c) *Penyakit yang mendasari (sejak kapan diderita)
Underlying disease (when it was detected for the
first time)*

(a) tgl / date.....,jam / time.....

(b)

Komplikasi / Complications tgl/bln/thn / (dd/mm/yy)

(1)/...../.....

(2)/...../.....

(3)/...../.....

Jika luka / cedera / kematian disebabkan trauma / kecelakaan / It the injury / death related to an trauma / an accident :

7 (a) *Tanggal kecelakaan / Date of accident*

(b) *Bagaimana terjadinya kecelakaan
Describe the event / accident*

(c) *Keterangan rinci tentang luka cederanya
Detail of the injury*

(a)

(b)

(c)

Lokasi luka / cederanya / Site of injury

.....

*Jika telah dilakukan pembedahan atau pembedahan anggota badan. Terangkan
dengan seksama / If surgery or amputation was performed, describe in details*

.....

*Berapa persen cacat / berkurangnya fungsi anggota badan setelah dianggap
sembuh ? / Upon recovery, will the patient becomes disabled ? If yes, please
describe in detail of his / her disability, for partial disability please state %
of loss of function.*

.....

*Deskripsikan cacat / ketidakmampuan pada penderita setelah dianggap
sembuh / Describe the conditions after the patient is cured*

.....

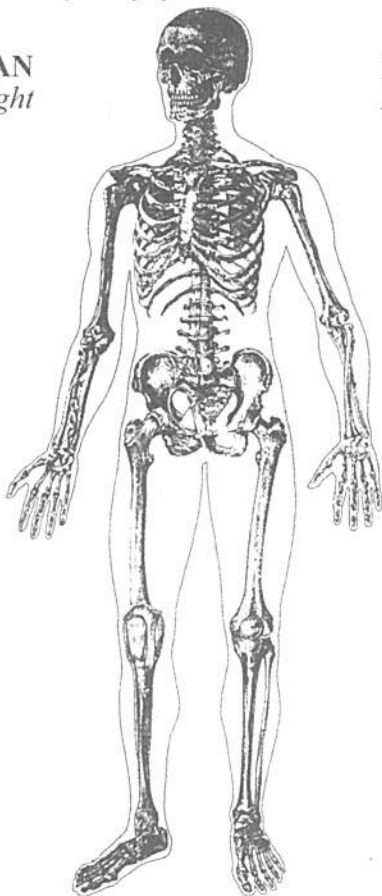
*Adakah penderita dapat melakukan kembali pekerjaan biasa atau ringan
Will this patient able to return to work / perform minor duty*

.....

.....

KANAN
Right

KIRI
Left



Tempat / Tanggal / Place / Date :

Dokter yang merawat / Attending doctor :

*(Tanda tangan & Nama jelas)
(Signature & Name)*