

DIISI OLEH DOKTER (MOHON DIISI LENGKAP DENGAN HURUF CETAK)

I. DATA RUMAH SAKIT

1.	Nama RS / Klinik / Dokter	
	Alamat	Telp.
2.	Tanggal Perawatan (*Pilih sesuai perawatan yang digunakan)	
	Rawat Jalan*	Tanggal :
	Rawat Inap*	Tanggal : s/d Tanggal :
3.	Apabila ini kasus rujukan, mohon sebutkan nama dan alamat dokter pengirim	
	Nama dokter	
	Nama RS/Klinik	

II. RESUME MEDIS

1.	Keluhan Utama	
2.	Keluhan Tambahan	
3.	Anamnesa	
4.	Riwayat penyakit atau cedera terdahulu yang berhubungan Tahun (dirawat/tidak dirawat) Tahun (dirawat/tidak dirawat)
5.	Pemeriksaan fisik	
	Status generalis	
	Status lokalis	
6.	Laboratorium	
7.	Pemeriksaan penunjang lainnya (EKG, USG, X-ray, dll)	
8.	Diagnosa utama	
	Diagnosa tambahan	
9.	Secara medis, apakah pasien dapat menjalani rawat jalan ?	() dapat rawat jalan () tidak dapat rawat jalan, alasan :
10.	Terapi	
	Tindakan operatif (jika dilakukan)	
	Nama operasi	
	Jenis Anestesi	() Lokal () regional/blok () umum, alasan :
11.	Kemungkinan kambuh	() kecil kemungkinan berulang kembali () besar kemungkinan berulang kembali
12.	Saran & rencana pengobatan selanjutnya	

III. KLASIFIKASI

Apakah penyakit diatas berhubungan dengan :
() Kongenital/herediter () Kehamilan () STD/HIV/AIDS () Kesuburan () Kecelakaan () Gangguan jiwa/Psikosomatis
() Kosmetik () Orthodontist () Drug Abuse () Tentamina Suicide () Lain-lain, sebutkan :

Saya, dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut diatas adalah lengkap dan benar

Nama Dokter Utama :	Tandatangan dokter disertai stempel Rumah Sakit
No. Telepon :	

PT. Asuransi Jiwa Syariah Jasa Mitra Abadi, Tbk

Kantor Layanan :

Graha MIR, Jl. Pemuda no. 9 Lt.3 Rawamangun, Jakarta Timur 13220 | Telp. 021 - 29368945, Fax. 021 - 29368946, Help Line. 0822 8222 7520