

FORMULIR KLAIM MEDIS

(Hanya berlaku untuk satu kali perawatan)

Diisi Pasien / Peserta

Nama Pasien :Umur : ...Th (LK/PR)

Nama Perusahaan :No. Peserta :

Tgl Periksa/Masuk RS :Tgl Keluar :

Rumah sakit / Klinik :Kls Perawatan :(apabila rawat inap)

Mohon diisi dengan lengkap dan jelas oleh dokter yang merawat:

1. Anamnese	
2. Apakah Penyakit ini termasuk	Mohon beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> pada kolom yang berhubungan <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan / Herediter <input type="checkbox"/> Kejiwaan <input type="checkbox"/> PHS <input type="checkbox"/> Gangguan Hormonal <input type="checkbox"/> Lainnya
3. Pemeriksaan (Fisik, Penunjang)	
4. Diagnosa (mohon diisi dengan huruf cetak)	
5. Terapi	
6. Mengapa pasien sampai perlu diopname	
7. Tindakan & alasan operasi (indikasi medis)	
8. Anjuran / Saran	

Saya mengijinkan hasil data medis saya diberikan kepada **Oona Insurance**

.....
Tanda Tangan Pasien / Kuasanya
(Wajib ditandatangani)

.....
Tanda Tangan dr. Nama jelas & Stempel