



PERNYATAAN DOKTER UNTUK KLAIM PERAWATAN RUMAH SAKIT
ATTENDING DOCTOR'S REPORT FOR HOSPITALIZATION CLAIM

Kepada Yth. DOKTER YANG MERAWAT/MENGOBATI :
 To the DOCTOR who took care of the Patient

Kami mohon kesediaan DOKTER mengisi FORMULIR DOKTER ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan yang DOKTER ketahui. Terima Kasih.
 Please fill out this DOCTOR's REPORT truthfully according to medical records and the best of your knowledge. Thank you.

Nama Pasien Patient's Name _____	No. Kartu Pasien/Rekam Medis Patient Card/Med. Record No. _____
Tgl lahir/ usia Date of birth/ Age _____	Kelamin Sex _____

A. RIWAYAT KLINIS
CLINICAL HISTORY

1. a. Kapan dan dimana pertama kali pasien berkonsultasi dengan Anda mengenai penyakit/cidera yang menyebabkannya dirawat?
 Date and place where the Patient first consulted you for the disease/injury that resulted in hospitalization?
Tanggal, bulan, tahun _____ Nama & Alamat Rumah Sakit / Klinik _____
 Day, month, year ____/____/____ Name & address of hospital/clinic _____

b. Keluhan dan gejala penyakit/cideranya saat konsultasi pertama
 Symtomps and signs the disease/injury during first consultation _____

c. DIAGNOSA penyakit/ cidera tersebut
 DIAGNOSIS of the Disease of the injury _____

2. a. Berdasarkan anamnesa, kapan pertama kali keluhan/gejala penyakit/cidera tersebut terjadi ? Tanggal/Bulan/Tahun
 When did symtomps/signs of the disease first appear ? _____ Day/month/year

Apakah pasien sebelumnya pernah berkonsultasi ke Dokter lainnya ? Ya Tidak
 Has the Patient previously consulted Any other Doctor ? Yes No

Jika YA, harap jelaskan : - Nama & Alamat Dokter tersebut
 If Yes, please specify : Doctor's name & address _____
 - Tanggal, bulan, tahun konsultasi pada dokter tersebut

 - Diagnosa & Pengobatan yang diberikan Dokter tersebut
 Diagnosis & Treatment which was given by that Doctor _____

B. RIWAYAT MASUK RUMAH SAKIT
HOSPITALIZATION HISTORY

1. Perawatan di Rumah Sakit Dari (tanggal, bulan, tahun) _____ dirujuk oleh
 Dates of hospitalization From (day, month, year) ____/____/____ referred by
Sampai (tanggal, bulan tahun) _____ Nama & Alamat Dokter tersebut
 To (day, month, year) ____/____/____ Doctor's name & address _____

2. a. Hasil pemeriksaan fisik (dilampirkan) Tinggi badan _____ cm Berat badan _____ kg
 Physical examination results (attached) Height _____ cm Weight _____ kg
Tekanan darah _____ mmH Keadaan jantung, paru-paru dan lainnya _____
 Blood pressure _____ mmH Condition of heart, lungs, and others _____

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan (laboratorium, X-ray, EKG, dll dilampirkan)
 Other tests performed (laboratory, X-ray, ECG, etc, are attached) _____

3. DIAGNOSA AKHIR
 FINAL DIAGNOSIS _____

4. a. Pengobatan yang diberikan
 Medical treatment given _____

b. Jenis Operasi (jika dilakukan tindakan bedah)
 Type of operation (if surgery was performed) _____
Tanggal pembedahan dilakukan _____ Nama ahli bedah
 Date surgery performed ____/____/____ Surgeon's name _____

c. Kondisi saat lepas Rawat Inap : _____
 Present condition out hospitalization

5. Apabila pasien meninggal dunia
 If the patient died

a. Tempat, Tanggal dan waktu meninggal _____
 Place, date and time of death

b. Sebab meninggal dunia _____
 Cause of death

c. Penyakit yang mendasari (sejak kapan menderita) _____
 Underlying disease (since when suffer)

C. RIWAYAT PENYAKIT
DISEASE HISTORY

Apakah Diagnosa Akhir (pada B-3) itu
 Is the Final Diagnosis (stated in B-3)

a. berhubungan dengan kehamilannya (jika pasien adalah wanita) ?
 related of pregnancy (if the patient is female) ?

Ya / Yes Tidak / No

b. merupakan suatu penyakit kronis atau episode berulang ?
 a Chronic disease or a recurrent Episode ?

Ya / Yes Tidak / No

Jika Ya, kapan pertama kali terjadi ? Tanggal, bulan, tahun
 If Yes, when did it occur for the first time ? Day, month, year ____/____/____

c. SEKUNDER/KOMPLIKASI dari suatu penyakit lain?
 a SECONDARY/COMPLICATION of another disease ?

Ya / Yes Tidak / No

Jika Ya, apakah diagnosa penyakit primer tersebut ?
 If Yes, Diagnosis of Primary Disease ? _____

Tanggal, bulan, tahun mulai diderita penyakit primer tersebut ?
 Day, month, year it initially occurred ? ____/____/____

*Mohon lampirkan resume medis

D. LAIN – LAIN
OTHERS

RIWAYAT MEDIS YANG LALU
PREVIOUS MEDICAL HISTORY

1. Jika ia menderita Penyakit lainnya mohon sebutkan diagnosa penyakit
 If the patient suffered from another disease, the Diagnosis was _____
Tanggal, bulan, tahun mulai diderita penyakit tersebut
 Day, month, year it was initially suffered ____/____/____

2. Mohon data seluruh kunjungan pasien rawat jalan/ rawat inap untuk penyakit/ Luka apapun
 Please data all visits outpatient or inpatient patient for diseases or any wound

<u>Tanggal / bln / nthn</u> Day / month / year	<u>Diagosa</u> Diagnosis	<u>Pengobatan / operasi yang dilakukan</u> Details of treatment / surgery	<u>Nama & alamat dokter / RS</u> Name & adres of the doctor / hospital
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Dengan ini saya menyatakan bahwa Saya telah melakukan pemeriksaan/ perawatan medis pasien ini dan ketentuan ini adalah benar.
 I hereby clarify that I have examined/ treated the patient and this statement is true.

Nama Dokter _____ Kualifikasi/ spesialisasi _____
 Doctor's Name Qualification/ specialization

Alamat Dokter _____
 Doctor's Address

No. Telepon / HP _____ Tanda Tangan Dokter _____ Cap Dokter/ Rumah Sakit _____
 Phone/ HP Number Doctor's signature Doctor/ hospital stamp

Nama & alamat Rumah Sakit _____
 Name & Address of the hospital

Tempat & tanggal diisi keterangan ini _____
 Place & date this statement was written