

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.

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

Symtoms 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 ?

When did symtoms/signs of the disease first appear ?

Day/month/year

Tanggal/Bulan/Tahun

____/____/____

b. Apakah pasien sebelumnya pernah berkonsultasi ke Dokter lainnya ?

Has the Patient previously consulted any other Doctor ?

Ya
 Yes

Tidak
 No

Jika YA, harap jelaskan : - Nama & Alamat Dokter tersebut

If Yes, please specify : Doctor's name & address _____

- Tanggal, bulan, tahun konsultasi pada dokter tersebut

Day, month, year on which the patient consulted that Doctor

____/____/____

- 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)

Dates of hospitalization From (day, month, year)

____/____/____

dirujuk oleh

referred by

Sampai (tanggal, bulan tahun)

To (day, month, year)

____/____/____

Nama & Alamat Dokter tersebut

Doctor's name & address _____

2. a. Hasil pemeriksaan fisik (dilampirkan)

Physical examination results (attached)

Tinggi badan

cm

Height _____ cm

Berat badan

kg

Weight _____ kg

Tekanan darah _____ mmHg

Blood pressure _____ mmHg

Keadaan jantung, paru –paru dan lainnya

Condition of heart, lungs, and others _____

b. 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

Date surgery performed

____/____/____

Nama ahli bedah

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) ? Ya Tidak
related of pregnancy (if the patient is female) ? Yes No

b. merupakan suatu penyakit kronis atau episode berulang ? Ya Tidak
a Chronic disease or a recurrent Episode ? Yes No

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

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