

**SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK KLAIM PERAWATAN RUMAH SAKIT**  
**ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT FOR HOSPITALISATION CLAIM**

1. Nama pasien/ *Patient Name\** : \_\_\_\_\_
2. No Rekam Medik/ *Medical Record No\** : \_\_\_\_\_
3. Tanggal lahir/ *Date of Birth\** :   -   -     tgl/bln/thn / *day/month/year*
4. Jenis Kelamin/ Sex :  Laki-laki/*Male*  Perempuan/*Female*
5. Tanggal perawatan/ *Date of treatment\** :     s/d / to
6. Anamnesa; riwayat penyakit\*  
*Anamneses; /History of disease\** : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Tanggal gejala atau keluhan pertamakali diketahui pasien\* :   -   -     tgl/bln/thn / *day/month/year*  
*Date of first occurrence of the symptom and complain\**
8. Tanggal pertamakali konsultasi untuk sakit tersebut\* :   -   -     tgl/bln/thn / *day/month/year*  
*Date of first consultation for this disease*
9. Nama dan alamat dokter yang merujuk\* : \_\_\_\_\_  
*Name and address of referral doctor\**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Jenis dan hasil pemeriksaan fisik,lab,rontgen,CT Scan, hasil PA dll / *Physical examination result (lab, X-ray, CT scan, clinical Pathology Result, etc)* : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Diagnosa atau dugaan diagnosa\* : \_\_\_\_\_  
*Final diagnosis or working diagnosis\**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Tanggal pertamakali diagnosa ditegakkan\* :   -   -     tgl/bln/thn / *day/month/year*  
*Date of of first diagnose\**

**\*Harus dilengkapi oleh dokter yang merawat**  
**Must be completed by treating doctor**

\_\_\_\_\_  
Tandatangan & stempel RS/Dokter  
*Signature of doctor & stamp of hospital/doctor*

13. Diagnosa diatas berhubungan dengan (beri tanda √ pada pilihan)/*Diagnose above is related to (please √ where applicable):*

- |                                                                       |                                                               |                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kesuburan/ <i>Fertility</i>                  | <input type="checkbox"/> Penyakit kejiwaan/ <i>Psychiatry</i> | <input type="checkbox"/> Kecelakaan/ <i>Accident</i>  |
| <input type="checkbox"/> Penggunaan Kontrasepsi/ <i>Contraception</i> | <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan/ <i>Congenital</i>   | <input type="checkbox"/> AIDS                         |
| <input type="checkbox"/> Penyakit kelamin/ <i>Venereal disease</i>    | <input type="checkbox"/> Kehamilan/ <i>Pregnancy</i>          | <input type="checkbox"/> Pekerjaan/ <i>Occupation</i> |

14. Diagnosa tersebut akibat dari/*The diagnosis above is as a result of* :

- |                                                                       |                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kecelakaan/ <i>Accident</i>                  | <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan obat bius/ <i>Drug abuse</i> |
| <input type="checkbox"/> Konsumsi alcohol/ <i>Alcoholism</i>          | <input type="checkbox"/> Olahraga berbahaya/ <i>Dangerous sport</i>  |
| <input type="checkbox"/> Percobaan bunuh diri/ <i>Suicide attempt</i> | <input type="checkbox"/> Perang atau huru hara/ <i>War or riot</i>   |

15. Apakah pasien pernah konsultasi/dirawat sebelumnya? \* :  Ya/Yes  Tidak/No  
*Has the patient ever been consulted/hospitalized before? \**

Jika Ya/If Yes:

- a. Tanggal/*Date* :  -  -  tgl-bln-thn /day-month-year
- b. Diagnosa/*Diagnosis* : \_\_\_\_\_
- c. Nama dokter/*Name of doctor* : \_\_\_\_\_
- d. Nama rumah sakit/*Name of hospital* : \_\_\_\_\_

16. Faktor / Penyakit lain yang memicu/berkaitan dengan timbulnya penyakit / kelainan tersebut \*  
*Underlying disease related to this illness/disorder :*

| Uraian singkat penyakit / <i>Brief Description of Illness(es)</i> | Tanggal Diagnosa (tgl/bln/thn) / <i>Date(s) Diagnosed (DD/MM/YY)</i> | Nama dan alamat dokter yang merawat / <i>Name and address of attending doctor</i> |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                   |                                                                      |                                                                                   |
|                                                                   |                                                                      |                                                                                   |
|                                                                   |                                                                      |                                                                                   |
|                                                                   |                                                                      |                                                                                   |

17. Mohon berikan informasi lain sehubungan dengan perawatan yang dapat membantu proses klaim ini / *Please provide any further information which in your opinion would be useful in the assessment of this claim*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan sebenar-benarnya.  
 As the doctor handling the care of the above mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely.**

\*Nama dokter/*Name of doctor* : \_\_\_\_\_

\*Alamat/*Address* : \_\_\_\_\_

\*Tempat & tanggal/*Place & Date* : \_\_\_\_\_

**\*Harus dilengkapi oleh dokter yang merawat  
 Must be completed by treating doctor**

\_\_\_\_\_  
 Tandatanganan dokter & stempel rumah sakit / dokter  
**Signature of doctor & stamp of hospital/doctor**