

**SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK KLAIM PENYAKIT KRITIS**  
**ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT FOR CRITICAL ILLNESS 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  $\surd$  pada pilihan)/Diagnose above is related to (please  $\surd$  where applicable):

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

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

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

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 / Brief Description of Illness(es)	Tanggal Diagnosa (tgl/bln/thn) / Date(s) Diagnosed (DD/MM/YY)	Nama dan alamat dokter yang merawat / Name and address of attending doctor

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 diatas 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**

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