PT. Great Eastern Life Indonesia
Menara Karya Lt.5 Jl. H.R.Rasuna Said Blok X-5 Kav. 1-2 Jakarta Selatan 12950-Indonesia
Telp. (021) 2554 3888 Fax. (021) 5794 4719 Website: www.greateasternlife.com

Customer Contact Centre
T: (021) 2554 3800 (Senin - Jumat, 08.30-17.30) F: (021) 5794 4719
SMS 0812-129-3800 Ketik *INFO
Email : wecare-ID@greateasternlife.com

Great Eastern
Life is Great
A member of the OCBC Group

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

PT. Great Eastern Life Indonesia
Menara Karya Lt.5 Jl. H.R.Rasuna Said Blok X-5 Kav. 1-2 Jakarta Selatan 12950-Indonesia
Telp. (021) 2554 3888 Fax. (021) 5794 4719 Website: www.greateasternlife.com

Customer Contact Centre
T: (021) 2554 3800 (Senin - Jumat, 08.30-17.30) F: (021) 5794 4719
SMS 0812-129-3800 Ketik *INFO
Email : wecare-ID@greateasternlife.com

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

☐ Kesuburan/*Fertility* ☐ Penyakit kejiwaan/*Psychiatry* ☐ Kecelakaan/*Accident*

☐ Penggunaan Kontrasepsi/*Contraception* ☐ Kelainan Bawaan/*Congenital* ☐ AIDS

☐ Penyakit kelamin/*Venereal disease* ☐ Kehamilan/*Pregnancy* ☐ Pekerjaan/*Occupation*

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

☐ Kecelakaan/*Accident* ☐ Penyalahgunaan obat bius/*Drug abuse*

☐ Konsumsi alcohol/*Alcoholism* ☐ Olahraga berbahaya/*Dangerous sport*

☐ Percobaan bunuh diri/*Suicide attempt* ☐ 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 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

_____
Tandatangan dokter & stempel rumah sakit / dokter
Signature of doctor & stamp of hospital/doctor