

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

Customer Contact Center : (+62) 21 2554 3800 (Senin - Jumat, 09.00-18.00 WIB)
 WhatsApp : (+62) 811 956 3800 (Senin - Jumat, 09.00-18.00 WIB)
 SMS : 0812-129-3800 Ketik *INFO email: wecare-ID@greasternlife.com

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/ <i>Date</i> | : | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | tgl-bln-thn / <i>day-month-year</i> |
| b. Diagnosa/ <i>Diagnosis</i> | : | _____ | |
| c. Nama dokter/ <i>Name of doctor</i> | : | _____ | |
| d. Nama rumah sakit/ <i>Name of hospital</i> | : | _____ | |

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 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

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