SURAT KETERANGAN DOKTER Untuk Klaim Rawat Inap

(Diisi oleh Dokter yang merawat)

Kepada Yth. Dokter yang merawat/mengobati.

Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan yang Dokter ketahui. Terima kasih.

Data-data Pasien

Nama Pasien : _____ No. Pasien / Rekam Medis : _____

Tanggal lahir / Umur : _____ / _____ / _____ / atau _____tahun, Jenis kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

Alamat Pasien : _____

Riwayat Klinis

Tanggal pertama kali konsultasi ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tanggal / bulan / tahun)

Keluhan dan gejala penyakit / cidera _____

Diagnosa penyakit atau cidera tersebut _____

Dokter yang memeriksa / merawat _____

Rawat Inap

Tanggal pertama kali keluhan/ gejala penyakit muncul ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tanggal / bulan / tahun)

Tanggal pertama kali terdiagnosa penyakit tersebut ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tanggal / bulan / tahun)

Tanggal Perawatan Dari (tgl/bln/thn) _____ s/d (tgl/bln/thn)_____

DIAGNOSA AWAL _____

DIAGNOSA AKHIR*) _____

Pengobatan / tindakan yang diberikan _____

Jenis Operasi (Jika dilakukan pembedahan) _____

Tanggal Operasi : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tanggal/ bulan/ tahun)

Nama Dokter yang melakukan Operasi : _____

Hasil Pemeriksaan fisik Tensi : _____ Nadi :_____ Suhu : _____ Pernafasan : _____

Kesadaran : _____

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Laboratorium, X Ray, EKG, dll. Dilampirkan) _____

Apakah perawatan ini atas permintaan pasien sendiri ? ☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan: _____

*) **Apakah Diagnosa Akhir di atas**

Berhubungan dengan Kehamilan (Jika pasien Wanita) ? ☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan: _____

Berhubungan dengan Penyakit Kejiwaan ? ☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan: _____

Berhubungan dengan Penyakit Bawaan ? ☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan: _____

Berhubungan dengan Kecelakaan ? ☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan: _____

Merupakan Penyakit Kronis atau Episode Berulang ? ☐ YA ☐ TIDAK

Jika YA, diderita sejak : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tanggal/ bulan/ tahun)

Riwayat Penyakit

Apakah Pasien ini menderita / memiliki Riwayat Penyakit yang berhubungan dengan Hypertensi, DM, Jantung, Paru-paru, Narkotika, HIV atau penyakit lainnya ? ☐ YA ☐ TIDAK

Diagnosa:_____ Diderita sejak : _____

Apakah perawatan pasien ini berhubungan dengan Riwayat Penyakit di atas ? ☐ YA ☐ TIDAK

Jika YA, Alasan : _____

Apakah sebelumnya dokter / Sejawat pernah memeriksa / merawat pasien ini ? ☐ YA ☐ TIDAK

Jika YA, Kapan : _____ Diagnosa : _____

Mohon sebutkan nama, alamat dokter / rumah sakit yang Dokter /Sejawat ketahui pernah dikunjungi Pasien ini _____

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter : _____ Spesialisasi : _____

Alamat Dokter / RS : _____ No. Telepon / HP : _____

Tempat & Tanggal	Tandatangan Dokter	Cap Rumah Sakit

PT. AXA Financial Indonesia

AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 2, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia

Telephone : (021) 7278 3888 **Facsimile :** (021) 7279 1428, 726 7124 **Email :** services@axa-financial.co.id

www.axa-financial.co.id