

No. Polis / Policy No: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diisi pasien / filled by patient.

**SURAT KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHISICIAN'S STATEMENT**

Nama pasien <i>(Patient's name)</i>	<input type="checkbox"/> Laki-laki <i>(Male)</i> <input type="checkbox"/> Wanita <i>(Female)</i>																															
Tanggal lahir / usia <i>(Date of birth / age)</i>	<table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">tanggal (dd)</td><td></td><td style="font-size: 8px;">bulan (mm)</td><td></td><td style="font-size: 8px;">tahun (yy)</td></tr></table> <table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding: 0 5px;">tahun</td></tr><tr><td style="font-size: 8px;"></td><td style="font-size: 8px;"><i>(years)</i></td></tr></table>		/		/		tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)		tahun		<i>(years)</i>																	
	/		/																													
tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																												
	tahun																															
	<i>(years)</i>																															
Nomor rekam medis <i>(Medical record number)</i>																																
Tanggal perawatan & jumlah hari perawatan <i>(Date of hospitalization &amp; lengths of hospitalization)</i>	<table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding: 0 5px;">s.d.</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding: 0 5px;">=</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding: 0 5px;">tahun</td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">tanggal (dd)</td><td></td><td style="font-size: 8px;">bulan (mm)</td><td></td><td style="font-size: 8px;">tahun (yy)</td><td></td><td style="font-size: 8px;">(to)</td><td></td><td style="font-size: 8px;">tanggal (dd)</td><td></td><td style="font-size: 8px;">bulan (mm)</td><td></td><td style="font-size: 8px;">tahun (yy)</td><td></td><td style="font-size: 8px;">tahun (years)</td></tr></table>		/		/		s.d.		/		/		/		=		tahun	tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)		(to)		tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)		tahun (years)
	/		/		s.d.		/		/		/		=		tahun																	
tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)		(to)		tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)		tahun (years)																		
Riwayat penyakit dahulu <i>(Previous Diagnose)</i>																																
Sejak kapan pertama kali pasien terdiagnosa <i>(On which date the patient first diagnosed)</i>	<table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">tanggal (dd)</td><td></td><td style="font-size: 8px;">bulan (mm)</td><td></td><td style="font-size: 8px;">tahun (yy)</td></tr></table>		/		/		tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																					
	/		/																													
tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																												
Riwayat penyakit sekarang <i>(Current Diagnose)</i>																																
Sejak kapan pertama kali pasien terdiagnosa <i>(On which date the patient first diagnosed)</i>	<table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">tanggal (dd)</td><td></td><td style="font-size: 8px;">bulan (mm)</td><td></td><td style="font-size: 8px;">tahun (yy)</td></tr></table>		/		/		tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																					
	/		/																													
tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																												
Diagnosa <i>(Diagnose)</i>	ICD 10:																															
Prosedur tindakan <i>(Treatment procedure)</i>	ICD 9/CPT4:																															
Saran pengobatan <i>(Recommended treatment)</i>																																
Diagnosa berhubungan dengan <i>(Recommended treatment)</i>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Komplikasi Kehamilan <i>(Pregnancy Complication)</i></td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Kosmetik <i>(Cosmetic)</i></td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Gigi <i>(Dental)</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Komplikasi Kehamilan <i>(Maternity complication)</i></td> <td><input type="checkbox"/> Psikis/Psikosomatis <i>(Psikis/Psychosomatic)</i></td> <td><input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan <i>(Congenital)</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kematian Janin <i>(Death of Fetus)</i></td> <td><input type="checkbox"/> Percobaan bunuh diri <i>(Suicide)</i></td> <td><input type="checkbox"/> Penyalahgunaan obat/alkohol <i>(Drug Abuse)</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kematian Kehamilan/Persalinan <i>(Death of Maternal)</i></td> <td><input type="checkbox"/> Kesuburan <i>(Fertilitas)</i></td> <td><input type="checkbox"/> Penyakit menular seksual <i>(Sexual transmitted disease)</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kecelakaan <i>(Accident)</i></td> <td><input type="checkbox"/> HIV/AIDS</td> <td><input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan... <i>(Other Disease)</i></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Komplikasi Kehamilan <i>(Pregnancy Complication)</i>	<input type="checkbox"/> Kosmetik <i>(Cosmetic)</i>	<input type="checkbox"/> Gigi <i>(Dental)</i>	<input type="checkbox"/> Komplikasi Kehamilan <i>(Maternity complication)</i>	<input type="checkbox"/> Psikis/Psikosomatis <i>(Psikis/Psychosomatic)</i>	<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan <i>(Congenital)</i>	<input type="checkbox"/> Kematian Janin <i>(Death of Fetus)</i>	<input type="checkbox"/> Percobaan bunuh diri <i>(Suicide)</i>	<input type="checkbox"/> Penyalahgunaan obat/alkohol <i>(Drug Abuse)</i>	<input type="checkbox"/> Kematian Kehamilan/Persalinan <i>(Death of Maternal)</i>	<input type="checkbox"/> Kesuburan <i>(Fertilitas)</i>	<input type="checkbox"/> Penyakit menular seksual <i>(Sexual transmitted disease)</i>	<input type="checkbox"/> Kecelakaan <i>(Accident)</i>	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan... <i>(Other Disease)</i>																
<input type="checkbox"/> Komplikasi Kehamilan <i>(Pregnancy Complication)</i>	<input type="checkbox"/> Kosmetik <i>(Cosmetic)</i>	<input type="checkbox"/> Gigi <i>(Dental)</i>																														
<input type="checkbox"/> Komplikasi Kehamilan <i>(Maternity complication)</i>	<input type="checkbox"/> Psikis/Psikosomatis <i>(Psikis/Psychosomatic)</i>	<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan <i>(Congenital)</i>																														
<input type="checkbox"/> Kematian Janin <i>(Death of Fetus)</i>	<input type="checkbox"/> Percobaan bunuh diri <i>(Suicide)</i>	<input type="checkbox"/> Penyalahgunaan obat/alkohol <i>(Drug Abuse)</i>																														
<input type="checkbox"/> Kematian Kehamilan/Persalinan <i>(Death of Maternal)</i>	<input type="checkbox"/> Kesuburan <i>(Fertilitas)</i>	<input type="checkbox"/> Penyakit menular seksual <i>(Sexual transmitted disease)</i>																														
<input type="checkbox"/> Kecelakaan <i>(Accident)</i>	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan... <i>(Other Disease)</i>																														
Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya? <i>(Has the patient ever been consulted / hospitalized before?)</i>																																
Tanggal <i>(Date)</i>	<table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: none; padding: 0 5px;">/</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">tanggal (dd)</td><td></td><td style="font-size: 8px;">bulan (mm)</td><td></td><td style="font-size: 8px;">tahun (yy)</td></tr></table>		/		/		tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																					
	/		/																													
tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)																												
Diagnosa <i>(Diagnose)</i>																																
Nama Dokter <i>(Doctor's name)</i>																																
Nama Rumah Sakit <i>(Hospital's name)</i>																																

Saya, sebagai Dokter yang menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

*(As the Doctor handling the care of above-mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely).*

Nama Dokter :  
*(Doctor's name)*

Nama Rumah Sakit :  
*(Hospital's name)*

Alamat Rumah Sakit :  
*(Hospital's address)*

Tempat dan tanggal :  
*(Place and date)*

	/		/	
tanggal (dd)		bulan (mm)		tahun (yy)

\_\_\_\_\_  
Tandatangan dan nama Dokter

\_\_\_\_\_  
Stempel Rumah Sakit