



(Diisi oleh petugas / officer use only)

Tanggal Dokumen Diterima / Date of Received
DD/MM/YY

Formulir Keterangan Dokter Doctor's Claim Form

Mohon agar dapat mengisi Formulir ini dengan lengkap

Please complete this form to ensure fast and accurate processing. All fields are compulsory

Setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk catatan atas formulir ini wajib ditandatangani oleh Dokter yang merawat.

Any corrections made to this form must be signed by the treating Doctor.

Terima kasih atas kesediaan anda untuk melengkapi dan mencantumkan tanda tangan, tanggal dan stempel pada formulir klaim ini

Thank you for completing this medical claim form with your signature, date and stamp on this form.

1. ADMINISTRASI / ADMINISTRATIVE

Nomor Rekam Medis / Medical Record Number :

Nama Pasien / Patient's Name :

Tanggal lahir / Date of birth : Jenis Kelamin / Sex Laki-laki / Male Perempuan / Female

2. INFORMASI DOKTER DAN RUMAH SAKIT / DOCTOR AND HOSPITAL DETAILS

Nama dan alamat Dokter yang merawat / Treating doctor name and address :

Nomor Telepon Dokter yang merawat / Telephone Number of treating Doctor :

Diisi apabila ada rawat inap / For hospitalization only

Nama Rumah Sakit / Name of admitting hospital :

Alamat Rumah Sakit / Address of admitting hospital :

3. INFORMASI MEDIS / MEDICAL DETAILS

Nama dan alamat Dokter yang merujuk (jika ada) / Name and address of referring Doctor (if any)	Gejala penyakit yang dirasakan / Symptoms presented
Tanggal gejala penyakit pertama kali dirasakan / Date of first symptoms sensed <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Diisi apabila ada perawatan rawat inap / For hospitalization only
Tanggal pertama kali konsultasi / Date of first consultation <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Tanggal masuk perawatan / Date of admission <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Tanggal perawatan dan pengobatan / Date of treatment <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Tanggal keluar perawatan / Date of discharge <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Diagnosa Awal / Kondisi Medis / First Diagnosis / Medical Conditions	Diagnosa Akhir / Kondisi Medis / Final Diagnosis / Medical Conditions
Apakah ada pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk menentukan diagnosa / Is there any additional examination conducted to define diagnosis? <input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No	
Jika 'ya' mohon dijelaskan / If 'yes' please give details	
Mohon melampirkan Asuhan Keperawatan / Please attach the Nursing Care (daily monitoring)	

Berhubungan dengan Riwayat Medis pasien / Regarding the patient's medical history

Apakah pasien pernah berkunjung ke/dirawat di Rumah Sakit lain sebelumnya, baik disebabkan oleh hal yang sama ataupun berbeda / Has the patient visited to/been admitted to any hospital previously, either for the same or different cause? Ya / Yes Tidak / No

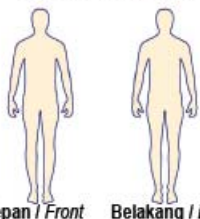
Jika 'Ya' mohon dijelaskan / If 'Yes' please give details

Tanggal / Date	Nama Rumah Sakit / Name of Hospital	Nama Dokter / Name of Doctor	Diagnosis / Diagnosis

4. PENYEBAB RAWAT INAP / INPATIENT CAUSE

Diisi apabila klaim disebabkan oleh kecelakaan / Filled if the claim is caused by accident

- a. Tanggal kecelakaan / Date of accident : / /
- b. Tempat kecelakaan / Place of accident :
- c. Jelaskan bagian tubuh yang cedera/luka / Describe parts of body injured :



Diisi apabila klaim disebabkan karena kehamilan / Filled if the claim is caused by pregnancy

Apakah kehamilan tersebut merupakan proses kehamilan normal / If 'yes' is the pregnancy as a result of natural Pregnancy? Ya / Yes Tidak / No

5. INFORMASI PENGOBATAN / TREATMENT DETAILS

Tindakan / Operasi yang dilakukan (Mohon dijelaskan jika ada) / Surgical procedure (please give details if any)

Apakah perawatan di Rumah Sakit tersebut dibutuhkan / Was hospitalization required? Ya / Yes Tidak / No

Apakah kondisi tersebut sebagai bagian dari komplikasi penyakit lainnya / Is the condition part of complication from other disease? Ya / Yes Tidak / No

Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan gangguan kejiwaan / Is the condition related to psychiatric disease? Ya / Yes Tidak / No

Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan kelainan bawaan / Is the condition related to congenital disease? Ya / Yes Tidak / No

Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan penyakit HIV / AIDS / Is the condition related to HIV / AIDS? Ya / Yes Tidak / No

Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan obesitas, penurunan/peningkatan berat badan / Is the condition related to obesity, weight reduction/improvement? Ya / Yes Tidak / No

Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan perawatan dan pengobatan gigi / Is the condition related to dental care and treatment? Ya / Yes Tidak / No

Apakah perawatan ini atas permintaan pasien atau keluarga / Was hospitalization at the request of the patient or family? Ya / Yes Tidak / No

6. PENGOBATAN / MEDICATION

Obat-obat / Medicines	Dosis / Dose	Frekuensi / Frequency	Lamanya / Duration

Tanggal pertama kali obat diresepkan /
Date of the first time medicine prescribed : / /

Nama dokter yang meresepkan obat tersebut /
Name of doctors who prescribe the medicine :

Nama Rumah Sakit tempat dokter meresepkan obat /
Name of hospital where doctor prescribe the medicine :

Apakah saat ini masih konsumsi obat tersebut /
Is the medicine still being consumed : Ya / Yes Tidak / No

7. RENCANA PENGOBATAN SELANJUTNYA / FURTHER TREATMENT PLAN

Apakah ada rencana untuk pengobatan lanjutan / Is there any further treatment planned? Ya / Yes Tidak / No

Jika 'ya' mohon dijelaskan / If 'yes' please give details

8. PERNYATAAN DOKTER / MEDICAL PRACTICIONER DECLARATION

Dengan ini menyatakan bahwa Saya adalah Dokter yang merawat pasien ini dan Saya memberikan keterangan dengan sebenar-benarnya sesuai dengan pengetahuan yang Saya miliki.

Hereby I declare that I am the Doctor who treated this patient and I confirm that the given information are true based on my professional knowledge.

Tanda Tangan & Stempel Rumah Sakit/Klinik/Dokter / Signature & Hospital/Clinic/Doctor Stamp

Tanggal / Date
DD/MM/YY

Nama / Name :