



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 : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita Alamat Pasien : _____	
Riwayat Klinis Tanggal pertama kali konsultasi Keluhan dan gejala penyakit / cidera Diagnosa penyakit atau cidera tersebut Dokter yang memeriksa / merawat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal / bulan / tahun) - - -
Rawat Inap Tanggal pertama kali keluhan/ gejala penyakit muncul Tanggal pertama kali terdiagnosa penyakit tersebut Tanggal Perawatan DIAGNOSA AWAL DIAGNOSA AKHIR*) Penyebab Diagnosa tersebut Pengobatan / tindakan yang diberikan Jenis Operasi (Jika dilakukan pembedahan) Hasil Pemeriksaan fisik Pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Laboratorium, X Ray, EKG, dll. Dilampirkan) Apakah perawatan ini atas permintaan pasien sendiri ? *) Apakah Diagnosa Akhir di atas Berhubungan dengan Kehamilan (Jika pasien Wanita) ? Berhubungan dengan Penyakit Kejiwaan ? Berhubungan dengan Penyakit Bawaan ? Berhubungan dengan Kecelakaan ? Merupakan Penyakit Kronis atau Episode Berulang ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal / bulan / tahun) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal / bulan / tahun) Dari (tgl/bln/thn) _____ s/d (tgl/bln/thn) _____ - - - - - Tanggal Operasi : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal/ bulan/ tahun) Nama Dokter yang melakukan Operasi : _____ - Tensi : ____ Nadi : ____ Suhu : ____ Pernafasan : ____ Kesadaran : ____ - <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan: _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan: _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan: _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan: _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan: _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Jika YA, diderita sejak : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal/ bulan/ tahun)
Riwayat Penyakit Apakah Pasien ini menderita / memiliki Riwayat Penyakit yang berhubungan dengan <u>Hypertensi, DM, Jantung, Paru-paru, Narkotika, HIV atau penyakit lainnya</u> ? Apakah perawatan pasien ini berhubungan dengan Riwayat Penyakit di atas ? Apakah sebelumnya dokter / Sejawat pernah memeriksa / merawat pasien ini ? Mohon sebutkan nama, alamat dokter / rumah sakit yang Dokter /Sejawat ketahui pernah dikunjungi Pasien ini	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Diagnosa: _____ Diderita sejak : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Jika YA, Alasan : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Jika YA, Kapan : _____ Diagnosa : _____ -
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 : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ Tempat & Tanggal _____ Tandatangan Dokter _____ Cap Rumah Sakit </div>	

PT. AXA Mandiri Financial Services

Registered Office : Plaza Mandiri 29th Floor, Jl. Jenderal Gatot Subroto No. 38, Jakarta 12710 - Indonesia. PO BOX 4217 JKTM
Customer Care Centre : AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 9, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia
Telephone : (021) 2750 7399 **Facsimile** : (021) 7279 1979 **Email** : customer@axa-mandiri.co.id
www.axa-mandiri.co.id