

FORMULIR KETERANGAN MEDIS RAWAT INAP/JALAN DAN PENYAKIT KRITIS
MEDICAL INFORMATION FORM FOR INPATIENT/OUTPATIENT CLAIM FORM AND CRITICAL ILLNESS



PT AVRIST ASSURANCE

Pernyataan Dokter yang bersangkutan / *Attending Physician Statement / Claimant statement*

Kepada Yth. TS Dokter, Kami mohon bantuan dan kerjasama dokter untuk memberikan keterangan lengkap mengenai pasien melalui form ini. Terima kasih.
Dear Doctor, we need your help to give a complete information about the patient on this form. Thank you.

A. DATA PASIEN / ABOUT THE PATIENT

Nama / *Name*

Jenis Kelamin / *Sex*

Pria / *Male* Wanita / *Female*

Tempat & Tanggal Lahir / *Place & Date of Birth*

_____ / / /
Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

Tinggi & Berat Badan / *Height & Weight*

_____ cm / _____ kg

B. DATA PENYAKIT / ABOUT THE ILLNESS / DISEASE

Keluhan dan gejala yang ada / *Signs and symptoms*

Menderita keluhan/ gejala sejak / *First time aware for this sign/ symptom*

/ /
Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

Pertama kali konsultasi / *First consultation for the illness*

/ /
Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

Hasil Pemeriksaan penunjang / *Supporting examination result*

Diagnosa>Nama Penyakit / *Diagnose*

Terapi yang diberikan / *Therapy*

Apakah berhubungan dengan / *Is the illness related with*

Penyakit Bawaan / *Congenital*

Tidak / *No* Ya, Sebutkan / *Yes, Please State* _____

Penyakit Kejiwaan / *Mental/Psychological Illness*

Tidak / *No* Ya, Sebutkan / *Yes, Please State* _____

Kehamilan / *Obstetric*

Tidak / *No* Ya, Sebutkan / *Yes, Please State* _____

HIV/AIDS / *HIV/AIDS*

Tidak / *No* Ya, Sebutkan / *Yes, Please State* _____

Jika jawabannya "Ya", menderita sejak / *If "Yes", the illness diagnosed since*

/ /
Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

Ya / *Yes* Tidak / *No*

Adakah penyakit penyerta / *Is there any comorbidities*

Jika "Ya", mohon disebutkan / *If "Yes", please state*

Sejak kapan terdiagnosa / *Diagnosed since*

Diagnosa Gigi / *Dental Diagnose*

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Rawat Inap / *Hospitalized*

Ya / *Yes* Tidak / *No*

Jika "Ya", mohon dijelaskan / *If "Yes", please explain*

Indikasi rawat inap / *Indication for hospitalization*

Tanggal perawatan / *Date of hospitalization*

/ /
Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

Sampai dengan / *Until*

/ /
Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

Jika "tidak", mohon dijelaskan / *If "No", please explain*

Anjuran yang diberikan / *Suggestion has been given*

Apakah sebelumnya pasien pernah menderita penyakit yang sama? /
Has the patient previously suffered the same disease?

Jika "Ya",mohon dijelaskan / If "Yes", please explain

Ya / Yes Tidak / No

Kapan / When

/ /
Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

Nama Dokter / Doctor's Name

Alamat Dokter / Doctor's Address

Apakah berhubungan dengan kecelakaan? / Was it related with accident?

Ya / Yes Tidak / No

C. APABILA AKIBAT KECELAKAAN / IF CAUSED BY AN ACCIDENT

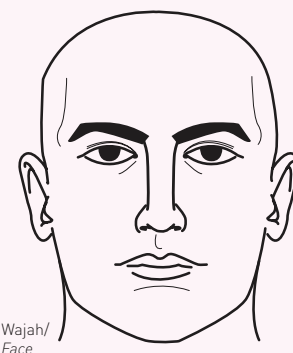
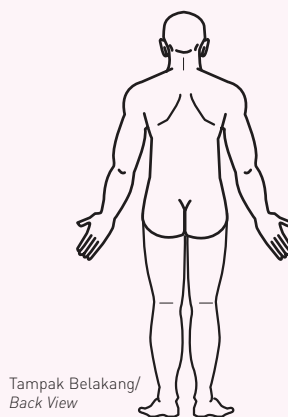
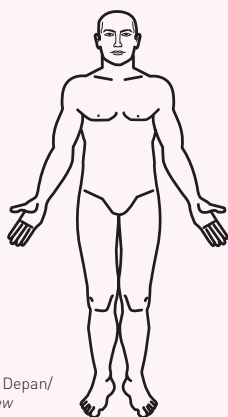
Tempat kecelakaan / Location of accident

Tanggal dan Waktu Kecelakaan / Occurance Date

/ / Jam / Time
Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

Penyebab kecelakaan / Cause of accident

Status Lokalis / Local Status



D. APABILA DILAKUKAN PEMBEDAHAN / IF SURGICAL PROCEDURE IS PERFORMED

Jenis/nama prosedur pembedahan / Name of Surgical Procedure

Tanggal Pembedahan /Date of Surgical

/ /
Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

Nama Dokter Bedah / Surgeon's name

Nama Rumah Sakit / Hospital's name

E. HAL PENTING LAINNYA / IMPORTANT NOTE

Hal penting lainnya yang kiranya perlu disampaikan oleh dokter sehubungan dengan pasien. /
If you have any other important information about this patient, please state here.

F. PERNYATAAN / DECLARATION

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh pertanyaan dengan lengkap dan benar sesuai pengetahuan dan keyakinan saya. / I declared that I have read, understand and answer all of the questions above completely and correctly according to my knowledge and belief.

Ditandatangani di / Signed in _____

/ /
Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

Tanda Tangan Dokter + Stempel Rumah Sakit / Doctor's sign and hospital's official stamp

Nama Jelas Dokter / Doctor's Full Name _____ Alamat / Address _____

Kualifikasi/Keahlian / Qualification _____ No. Tlp / Phone Number _____

Nama Rumah Sakit / Hospital's Name _____ No. Fax / Fax Number _____