

SURAT KETERANGAN DOKTER (PHYSICIAN FORM)
Rawat Inap/Hospitalization

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah memeriksa penyakit/luka yang diderita oleh pasien tersebut di bawah ini.
I hereby certify that I personally examined the illness/injury sustained by the patient mentioned below.

Nama Lengkap Pasien/Patient's Full Name	..... Rekam Medik/Med. Rec. No :
No. KTP/Passport No	Jenis Kelamin /Sex
Tanggal Lahir/Date of Birth	..... (dd/mm/yy) <input type="checkbox"/> Laki-laki/Male <input type="checkbox"/> Perempuan/Female
Tanggal Perawatan/Date of Hospitalization	..... (dd/mm/yy) s.d./to (dd/mm/yy)
Jenis Kamar Perawatan /Type of Hospital Room	.....
Jenis Layanan/Type of Service	<input type="checkbox"/> Rawat Inap Hospitalization <input type="checkbox"/> Sebelum-Sesudah Rawat Inap Pre-Post Hospitalization <input type="checkbox"/> Rawat Jalan Outpatient
Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui oleh Pasien Date when symptoms or complaint first occurred	..... (dd/mm/yy)
Tanggal pertama kali konsultasi untuk penyakit yang diderita saat Ini/Date of the first consultation for this condition	..... (dd/mm/yy)
Mohon jelaskan gejala penyakit Please describe the symptoms of the disease	.....
Diagnosa Utama/Primary Diagnosis	.....
Diagnosa Tambahan/Secondary Diagnosis	.....
Faktor Penyebab Diagnosa/Cause of the disease	.....
Tanggal Diagnosa ditegakkan/Date of when the Diagnosis was established	..... (dd/mm/yy)
Terapi atau tindakan bedah yang diberikan/ Treatment rendered or type of surgery performed	Jenis Operasi/Type of operation <input type="checkbox"/> (Elective) <input type="checkbox"/> (Cito/Emergency)
Nama dokter bedah/Surgeon's name	.....
Hasil pemeriksaan laboratorium/Radiologi Results of laboratory tests/Radiology	.....
Diagnosa di atas disebabkan/merupakan komplikasi dari/berhubungan dengan Diagnosis was due to/a complication from/related to	<input type="checkbox"/> Penyakit Kejiwaan/Mental Disorder <input type="checkbox"/> HIV – AIDS/HIV -AIDS <input type="checkbox"/> Kecelakaan/Accident <input type="checkbox"/> Usia Lanjut/Geriatric <input type="checkbox"/> Kehamilan/Pregnancy <input type="checkbox"/> Kosmetik/Cosmetic <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Obat/Drug Abuse <input type="checkbox"/> Penyakit akibat Hubungan Seksual/Sexually Transmitted Diseases <input type="checkbox"/> Pengobatan Kesuburan - Ketidaksuburan/Treatment for Fertility or Infertility <input type="checkbox"/> Tumor/Benjolan/Kista/Tumour/Growth/ Cyst <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan atau Turunan/Congenital or Hereditary Disease <input type="checkbox"/> Lain-Lain (Jelaskan)/Others (Please Describe) :
Bila perawatan dikarenakan kecelakaan, mohon dicantumkan /If the treatment is due to accident, please state:	
a. Tanggal Kecelakaan/Date of accident	..... (dd/mm/yy)
b. Penyebab Kecelakaan/Cause of accident	.....

Mohon dilanjutkan ke halaman berikutnya/Please proceed to the next page

SURAT KETERANGAN DOKTER (PHYSICIAN FORM)
Rawat Inap/Hospitalization

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah memeriksa penyakit/luka yang diderita oleh pasien tersebut di bawah ini.
I hereby certify that I personally examined the illness/injury sustained by the patient mentioned below.

<p>Apakah pasien pernah konsultasi atau dirawat sebelumnya dengan diagnosa yang sama? <i>Has the patient ever been examined or admitted with the same diagnosis before?</i></p> <p>a. Tanggal/Date</p> <p>b. Diagnosa/Diagnosis</p> <p>c. Nama Dokter/Name of the Physician</p> <p>d. Nama Rumah Sakit/Name of Hospital</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No Bila "Ya", jawab pertanyaan berikut <i>If "Yes", please answer the following questions</i></p> <p>..... (dd/mm/yy)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Apakah pasien pernah konsultasi atau dirawat sebelumnya? <i>Has the patient ever been examined or admitted before?</i></p> <p>a. Tanggal/Date</p> <p>b. Diagnosa/Diagnosis</p> <p>c. Nama Dokter/Name of the Doctor</p> <p>d. Nama Rumah Sakit/Name of Hospital</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No Bila "Ya", jawab pertanyaan berikut <i>If "Yes", please answer the following question</i></p> <p>..... (dd/mm/yy)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Apabila ini kasus rujukan, mohon sebutkan nama dan alamat Dokter pengirim/<i>If this is a referral case, please state the name and address of the referring physician.</i></p>	<p>.....</p>

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi di atas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan Saya.
I declare that the above information is accurate and complete to the best of my knowledge and conviction.

Tempat & Tanggal/ Place & Date: _ _ _ _ _

Nama Jelas & Tanda Tangan Dokter
Name and signature of physician

Nama & Stempel Rumah Sakit
Name and stamp of hospital