

SURAT KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

FORM : 6C

Nama Pasien / <i>Name of the Patient</i> Tempat Tgl. Lahir; Usia / <i>Place and Date of Birth; Age</i> Jenis Kelamin / <i>Sex</i>	_____, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> Tahun / <i>Year</i> <input type="radio"/> Laki-laki / <i>Male</i> <input type="radio"/> Perempuan / <i>Female</i>	
Tanggal Perawatan / <i>Date of hospitalization</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> s.d <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> = <input type="text"/> Hari <i>days</i>	
Tanggal Terjadinya Kecelakaan / <i>Date of accident</i> Anamnesa; Riwayat Penyakit / <i>Anamnesa History of the disease</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl bln thn / <i>dd mm yyy</i>) _____ _____	
Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui oleh pasien / <i>The date of the symptoms or complains occurred for the first time on</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl bln thn / <i>dd mm yyy</i>)	
Tanggal pertama kali konsultasi / <i>Date of first consultation</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl bln thn / <i>dd mm yyy</i>)	
Nama dan alamat dokter yang merujuk / <i>Name and address of referral Doctor</i>	_____ _____	
Jenis serta hasil pemeriksaan fisik, lab, rontgen, CT scan, hasil PA dll yang dilakukan / <i>Physical examination type and result, (lab, X-ray, CT scan, Clinical Pathology Result, etc)</i>	_____ _____ _____	
Diagnosa, atau dugaan diagnosa / <i>Diagnose or pre diagnose</i>	_____ _____	
Tanggal pasien diberitahu/mengetahui adanya diagnosa tersebut. / <i>The date when patient receive information/has received information on such diagnose.</i>	_____ _____	
Penyebab diagnosa tersebut / <i>Underlying disease</i>	_____ _____	
Tanggal pertama kali diketahui penyebab diagnosa tersebut / <i>The date of underlying disease</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl bln thn / <i>dd mm yyy</i>)	
Terapi atau Tindakan / <i>Therapy or Treatment</i>	_____ _____	
Akibat Kecelakaan tersebut, apakah Tertanggung Mengalami Ketidakmampuan Total : <i>As a result of the accident, is the Insured now suffering Total Disability :</i> Jika "Ya", apakah Tertanggung mengalami kehilangan/kehilangan fungsi atas : <i>If yes, is the Insured suffering loss or loss of function of :</i>	<input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> Kedua lengan atau kedua tungkai (tidak termasuk tangan dan kaki) / <i>Both arms or legs (excluding hand and foot)</i> <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> 1 lengan dan 1 tungkai (tidak termasuk tangan dan kaki) / <i>One arm and one leg (excluding hand and foot)</i> <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> 1 lengan atau 1 tungkai (tidak termasuk tangan dan kaki) / <i>One arm or one leg (excluding hand and foot)</i> <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> Penglihatan ke 2 mata / <i>Sight in both eyes</i> <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> Penglihatan ke 1 mata / <i>Sight in one eye</i> <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> Pendengaran ke 2 telinga / <i>Hearing in both ears</i> <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> Pendengaran ke 1 telinga / <i>Hearing in one ear</i> <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> Kemampuan Bicara / <i>Loss of speech</i> <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> Jika "Tidak", mengalami Ketidakmampuan Total, apakah Tertanggung dapat melakukan kehidupan sehari-hari tanpa bantuan sepenuhnya dari alat mekanik atau orang lain : <i>If not suffering Total Disability, is the Insured able to do activity (s) of daily living without support from mechanical tool or assistance :</i> Mandi / <i>Bathing ?</i> <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> Makan / <i>Eating ?</i> <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> Berpakaian / <i>Dressing up</i> <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> Menggunakan toilet / <i>Toileting ?</i> <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> Naik/turun dari tempat tidur/kursi ? / <i>Get on/off the bed/chair ?</i> <input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> Mulai terjadi ketidakmampuan : / <i>Start the occurrence of disability :</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl bln thn / <i>dd mm yyyy</i>)	
Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya ? <i>Has the patient ever been consulted / hospitalized before ?</i> a Tanggal / <i>Date</i> . b Diagnosa / <i>Diagnose</i> c: Nama Dokter / <i>Name of Doctor</i> d Nama Rumah Sakit / <i>Name of Hospital</i>	<input type="radio"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="radio"/> Tidak / <i>No</i> Bila "YA", jawab pertanyaan a, b, c & d. <i>If "YES", please answer a, b, c & d.</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl bln thn / <i>dd mm yyyy</i>) s.d <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl bln thn / <i>dd mm yyyy</i>) = <input type="text"/> Hari <i>days</i> _____ _____ _____	
Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. / <i>I, as a doctor who treat the patient, certify that I have read and answered the above questions completely and correctly.</i> Nama Dokter / <i>Name of Doctor</i> : _____ Nama Rumah Sakit / Klinik / <i>Name of Hospital / Clinic</i> : _____ Alamat Rumah Sakit / Klinik / <i>Address of Hospital / Clinic</i> : _____		
_____ Tempat & Tanggal / <i>Place & Date</i>	_____ Tandatangan / Nama Dokter & No. SIP Dokter / <i>Signature / Name of Doctor</i>	_____ Cap Rumah Sakit / Klinik / <i>Stamp of Hospital / Clinic</i>