



SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE
Rawat Inap/Hospitalization

Nama Pasien : No Rekam Medis :
Patient's Name Medical Record No
Jenis Kelamin : Pria Wanita
Sex Male Female
Jenis Layanan : Rawat Inap Pre-post Rawat Inap Rawat Jalan
Type of Service Hospitalization Pre-post hospitalization Out Patient
Tanggal Perawatan : s/d = Hari
Date of Treatment to Days

Sejak kapan Pasien berkonsultasi dengan dokter ?
Since when have you been the medical attendant of the Life Assured?

Kapan Dokter pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi penyakit yang dideritanya saat ini?
When you were first consulted for this condition?

Mohon Dokter jelaskan diagnosa utama Pasien secara rinci (termasuk lokasi organ dan stadiumnya) dan kapan diagnosa tersebut ditegakkan?
Please give us your detailed primary diagnosis including the location of the organ and the stage and when the diagnosis was established?

Mohon jelaskan bentuk gejala dan perjalanan penyakitnya, beserta tanggal dan lamanya diderita?
Please describe the symptoms and history of the disease, date and duration?

Mohon jelaskan faktor resiko, adanya kontaminasi, maupun penyakit lain yang mempermudah/mencetuskan timbulnya penyakit ini?
Please describe risk factors, any presence of contamination, or other diseases which could precipitate/ cause this particular disease?

Mohon jelaskan penyebab penyakit ini, termasuk saat terjadinya?
Please describe the cause of the disease, inclusive the date of first occurrence?

Kapan Pasien pertama kali mengetahui dirinya menderita penyakit ini?
When did the Patient first become aware of his/her illness?



Jika diketahui, mohon diberitahukan nama dan alamat Dokter/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi Pasien sebelumnya?
Please give us the name and address of doctors/specialists/hospitals visited by the Patient before he/she was under your treatment?

Diagnosa di atas disebabkan/merupakan komplikasi dari/berhubungan dengan:

Does the above diagnosis cause of/ complication from/ relate to

- Penyakit Kejiwaan Ya/Yes Tidak/No
Mental Disorder
- Kelainan Bawaan atau Turunan Ya/Yes Tidak/No
Congenital or Hereditary Disease
- Kehamilan Ya/Yes Tidak/No
Pregnancy
- Pengobatan atas Kesuburan atau Ketidaksuburan Ya/Yes Tidak/No
Treatment for Fertility or Infertility
- Penyakit akibat Hubungan Seksual Ya/Yes Tidak/No
Sexually Transmitted Disease
- Obat Terlarang Ya/Yes Tidak/No
Drug Abuse
- HIV/AIDS Ya/Yes Tidak/No
HIV/AIDS
- Usia Lanjut Ya/Yes Tidak/No
Geriatric
- Tumor/Benjolan/Kista Ya/Yes Tidak/No
Tumor/ Growths/ Cysts of all Kinds
- Kecelakaan Ya/Yes Tidak/No
Accident
- Kosmetik Ya/Yes Tidak/No
Cosmetic

Pengobatan atau tindakan yang diberikan
Treatment rendered or kind of surgery done

Operasi yang dilakukan
Type of surgery

Elective Cito/Emergency

Apakah ada keterangan/informasi tambahan yang ingin Dokter sampaikan kepada kami?
Whether there is additional information that you want to tell us?

Saya, dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan tersebut di atas adalah benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini.

I hereby declare that the foregoing answer are each and all true to the best of my knowledge and believe.

Tanggal:
Date

Tanda Tangan & Nama Dokter:
Signature & Name of Doctor

Cap Rumah Sakit:
Stamp of Hospital