

FORMULIR KETERANGAN DOKTER UNTUK KLAIM PERAWATAN RUMAH SAKIT (diisi oleh Dokter/Rumah Sakit yang merawat)

LAPORAN PERNYATAAN DOKTER /RUMAH SAKIT YANG MEMERIKSA

Mengingat Sumpah Jabatan, Menerangkan Dengan Sesungguhnya Bahwa :

A. Identitas

1. No. Rekam Medis Pasien : _____
2. Nama bertanggung /pasien : _____
3. Nama Dokter/ rumah sakit : _____
4. Alamat Dokter /rumah sakit : _____

 kode pos _____ telp _____
5. Tanggal dirawat : _____ s/d _____
6. Lama perawatan : _____ hari
7. Indikasi perawatan : _____
8. Dokter yang merawat : _____
9. Ruang perawatan : _____

B. Diagnosa atas kondisi pasien(lengkap)

C. Apakah kondisi tersebut diakibatkan oleh :

1. Penyakit atau luka yang timbul karena kecelakaan/pekerjaan pasien, jika "ya" harap jelaskan

2. Kehamilan? jika "ya" harap berikan perkiraan tanggal terjadinya kehamilan tersebut

D. Jika rawat inap dibutuhkan,harap memberikan diagnosa kondisi pasien berkenaan dengan kebutuhan perawatan tersebut.

E. Kapan terjadinya kecelakaan atau gejala tersebut pertama kali muncul?

F. Kapan pertama kali pasien berkonsultasi dengan Saudara mengenai kondisi ini?

G. Menurut pengetahuan Saudara,apakah pasien pernah mengalami kondisi yang sama atau mirip?

Jika "ya" harap sebutkan waktunya dan jelaskan

I. Nama & sifat prosedur operasi atau persalinan (jika ada), jelaskan secara lengkap

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

.....20.....

Nama dan tanda tangan dokter yang merawat

Cap dokter / Rumah Sakit