AIA Syariah

No. Polis Syariah / Syariah Policy No: | | | | | | | | | | | | |

Diisi pasien / *filled by patient.*

SURAT KETERANGAN DOKTER / *ATTENDING PHISICIAN'S STATEMENT*

Nama pasien *(Patient's name)*	☐ Laki-laki *(Male)* ☐ Wanita *(Female)*
Tanggal lahir / usia *(Date of birth / age)*	☐☐ / ☐☐ / ☐☐ (tanggal (dd) / bulan (mm) / tahun (yy)) ☐☐ tahun *(years)*
Nomor rekam medis *(Medical record number)*	
Tanggal perawatan & jumlah hari perawatan *(Date of hospitalization & lengths of hospitalization)*	☐☐ / ☐☐ / ☐☐ s.d. *(to)* ☐☐ / ☐☐ / ☐☐ = ☐☐ tahun *(years)* (tanggal (dd) / bulan (mm) / tahun (yy) / tanggal (dd) / bulan (mm) / tahun (yy))
Riwayat penyakit dahulu *(Previous Diagnose)*	
Sejak kapan pertama kali pasien terdiagnosa *(On which date the patient first diagnosed)*	☐☐ / ☐☐ / ☐☐ (tanggal (dd) / bulan (mm) / tahun (yy))
Riwayat penyakit sekarang *(Current Diagnose)*	
Sejak kapan pertama kali pasien terdiagnosa *(On which date the patient first diagnosed)*	☐☐ / ☐☐ / ☐☐ (tanggal (dd) / bulan (mm) / tahun (yy))
Diagnosa *(Diagnose)*	ICD 10:
Prosedur tindakan *(Treatment procedure)*	ICD 9/CPT4:
Saran pengobatan *(Recommended treatment)*	
Diagnosa berhubungan dengan *(Recommended treatment)*	☐ Komplikasi Kehamilan *(Pregnancy Complication)* ☐ Komplikasi Kehamilan *(Maternity complication)* ☐ Kematian Janin *(Death of Fetus)* ☐ Kematian Kehamilan/Persalinan *(Death of Maternal)* ☐ Kecelakaan *(Accident)* ☐ Kosmetik *(Cosmetic)* ☐ Psikis/Psikosomatis *(Psikis/Psychosomatic)* ☐ Percobaan bunuh diri *(Suicide)* ☐ Kesuburan *(Fertilitas)* ☐ HIV/AIDS ☐ Gigi *(Dental)* ☐ Kelainan Bawaan *(Congenital)* ☐ Penyalahgunaan obat/alkohol *(Drug Abuse)* ☐ Penyakit menular seksual *(Sexual transmitted disease)* ☐ Lainnya, sebutkan... *(Other Disease)*
Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya? *(Has the patient ever been consulted / hospitalized before?)* Tanggal *(Date)*	☐☐ / ☐☐ / ☐☐ (tanggal (dd) / bulan (mm) / tahun (yy))
Diagnosa *(Diagnose)*	
Nama Dokter *(Doctor's name)*	
Nama Rumah Sakit *(Hospital's name)*	

Saya, sebagai Dokter yang menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.
(As the Doctor handling the care of above-mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely).

Nama Dokter *(Doctor's name)* :

Nama Rumah Sakit *(Hospital's name)* :

Alamat Rumah Sakit *(Hospital's address)* :

Tempat dan tanggal *(Place and date)* :

☐☐ / ☐☐ / ☐☐
tanggal (dd) / bulan (mm) / tahun (yy)

Tandatangan dan nama Dokter

Stempel Rumah Sakit