

DIISI OLEH DOKTER (MOHON DIISI LENGKAP DENGAN HURUF CETAK)**I. DATA RUMAH SAKIT**

1. Nama dan Alamat Rumah Sakit _____ Telp : _____
2. Tanggal Perawatan _____ s/d _____
3. Apabila ini kasus rujukan, mohon sebutkan nama dan alamat dokter pengirim
 Nama dokter _____
 Nama RS/ klinik _____

II. RESUME MEDIS

- | | |
|--|---|
| 1. Keluhan utama | _____ |
| 2. Keluhan tambahan | _____ |
| 3. Waktu pertama kali keluhan muncul | _____ |
| 4. Riwayat penyakit atau cedera terdahulu yang berhubungan |tahun..... (dirawat/tidak dirawat)
.....tahun..... (dirawat/tidak dirawat)
.....tahun..... (dirawat/tidak dirawat) |
| 5. Pemeriksaan fisik | _____ |
| Status generalis | _____ |
| Status lokalis | _____ |
| 6. Laboratorium | _____ |
| 7. Pemeriksaan penunjang lainnya (EKG,USG,X-Ray,dll) | _____ |
| 8. Diagnosa utama | _____ |
| 9. Diagnosa tambahan | _____ |
| 10. Secara medis, apakah pasien dapat menjalani rawat jalan? | () dapat rawat jalan
() tidak dapat rawat jalan, alasan : _____
_____ |
| 10. Terapi | _____ |
| Tindakan operatif (jika dilakukan) : | _____ |
| Nama operasi | _____ |
| Indikasi operasi | _____ |
| Jenis anestesi | () lokal () regional/blok () umum, alasan : _____ |
| 11. Kemungkinan kambuh | () kecil kemungkinan kambuh kembali () besar kemungkinan kambuh kembali |
| 12. Saran & Rencana pengobatan selanjutnya | _____ |

III. KLASIFIKASI

Apakah Penyakit diatas berhubungan dengan :
 () Kongenital/ herediter () Kehamilan () STD/HIV/AIDS () Kesuburan () Kecelakaan () Gangguan jiwa/Psikosomatis
 () Kosmetik () Orthodontist () Drug Abuse () Tentamina Suicide () Lain-lain, sebutkan : _____

Saya, dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut diatas adalah lengkap dan benar

Nama Dokter Utama :	Tandatangan dokter disertai stempel Rumah Sakit
No. Telepon :	

PT Asuransi Takaful Keluarga

Graha Takaful Indonesia Jl. Mampang Prapatan Raya No.100, Jakarta 12790. T +62 21 7991234, F +62 21 799 0512, layanan Peserta 0807 100 3456 (pulsia lokal)

