

RAHASIA

SURAT KETERANGAN DOKTER

- ✓ Diisi oleh dokter yang merawat/mengobati
- ✓ Harap diisi dengan menggunakan huruf cetak
- ✓ Beri tanda "√" yang sesuai dengan kondisi penyakit :

- Kanker/Cancer
 Tumor Jinak Otak/*Benign Brain Tumor*

DATA PASIEN (DIISI OLEH DOKTER)

1. Nama Pasien : _____
2. Nomor E-KTP/ Paspor : _____
3. No. Pasien/ Rekam Medis/ No.Kartu : _____
4. Tanggal lahir/ Usia : _____
5. Alamat Rumah : _____

RIWAYAT PENYAKIT

6. Kapan pertama kali Pasien berkonsultasi dengan Dokter untuk penyakit ini? ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)

7. Mohon sebutkan diagnosanya:

8. Kapan diagnosa penyakit ini ditegakkan? ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)

9. Mohon jelaskan keluhan/gejala secara terperinci:

10. Sejak kapan gejala dan keluhan tersebut? ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)

11. Mohon jelaskan hasil dan kelainan dari pemeriksaan fisik yang dilakukan:

12. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan dan mohon jelaskan tujuannya

Tanggal	Bulan	Tahun	Jenis Tindakan Medis/Pengobatan/Saran	Tujuan

13. Apakah penyebab penyakit ini termasuk:

Cacat Bawaan

Penyalahgunaan Alkool

Merokok

Human Immunodeficiency Virus

14. Bagaimana Prognosis pada pasien ini?

15. Mohon berikan nama dan alamat Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi oleh Pasien sebelumnya:

16. Mohon jelaskan secara detail dan lampirkan semua hasil pemeriksaan atau tes dari Rumah Sakit Berhubungan dengan keadaan/penyakit Pasien:

17. Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) jika ada, yang meningkatkan resiko penyakit? Jika "Ada", mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

18. Apakah sebelumnya pasien pernah menjalani rawat jalan? Jika pernah, mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

19. Apakah sebelumnya Pasien pernah menjalani rawat inap? Jika pernah, mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

20. Apakah ada *history* Kanker atau Tumor dalam keluarga? Ya Tidak

21. Jika ada, apa diagnosis nya?

RINCIAN MEDIS

22. Untuk Kanker: Apakah termasuk Kanker In Situ? Ya Tidak

23. Mohon jelaskan TNM Staging-nya:

a. Apakah lokasi kanker tersebut hanya 1 bagian? Ya Tidak

b. Apakah invasi terjadi pada organ lain? Ya Tidak

c. Apakah ada invasi ke kelenjar getah bening? Ya Tidak

d. Apakah terjadi *Metastase*? Ya Tidak

Jika sudah *Mestastase*, sudah ke organ mana? _____

24. Mohon diberi tanda jika kelainnya berupa:

Cyst

Haematoma

Angioma

Tumor Kelenjar *Pituitary*

Granuloma

Pengapuran

Malformasi Dalam

Tumor Sumsum Tulang Belakang

Abcess

Meningioma

Neuroma Akustik

25. Apakah diagnosis ini dikategorikan sebagai Leukimia?

26. Jika "Ya", mohon jelaskan stadium dan jenis Leukimia:

27. Jika termasuk *Melanocarcinoma*, tolong jelaskan ukuran kalsifikasi breslow atau invasi dari *melanoma*:

28. Metode pengobatan apa yang dilakukan untuk diagnosa diatas? (operasi, kemoterapi, radiotherapy atau yang lain)

29. Apakah operasi telah dilakukan? Ya Tidak

30. Jika "Ya", mohon beri tanda:

Pengangkatan tumor jinak

Pembedahan Radikal

Pengangkatan *Burr Hole*

Tindakan lainnya, jelaskan:

31. Mohon tuliskan informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu kami untuk memproses klaim ini:

PERIODE PERAWATAN RUMAH SAKIT

32. Tanggal Masuk : ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn), Jam: ____ : ____

33. Tanggal Keluar : ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn), Jam: ____ : ____

PERNYATAAN DOKTER

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter/Specialisasi : _____

Alamat Dokter/Rumah Sakit : _____

Nomor Telepon/*Handphone* : _____

Ditandatangani di _____ , ____ / ____ / 20 ____

Nama Dokter

Cap Rumah Sakit

Tanda Tangan & Nama Jelas
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Cap Harus Jelas