

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab saya.

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam Pasal 1813, 1814 dan Pasal 1816 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada Unit Usaha Syariah PT Asuransi Simas Jiwa atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung, Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di _____ , ____ / ____ / 20 ____

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

Pengajuan Klaim Rawat Inap harus disertai dengan dokumen-dokumen sebagai berikut :

- Formulir Klaim Rawat Inap (**Asli**)
- Surat Keterangan Dokter (**Asli**)
- Kuitansi/bukti pembayaran dari Rumah Sakit dan seluruh perinciannya (**Asli/Fotokopi Legalisir**)
- Identitas Pemegang Polis & Tertanggung yang masih berlaku (**Fotokopi**)
- Akte Kelahiran/Kartu Keluarga (apabila Tertanggung masih anak-anak) (**Fotokopi**)
- Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG, dll) (**Fotokopi**)
- Dokumen lain yang dianggap perlu

RAHASIA

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK RAWAT INAP

- ✓ Diisi oleh Dokter Yang Merawat/ Mengobati
- ✓ Harap diisi dengan menggunakan huruf cetak

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 : _____

JIKA RAWAT INAP KARENA PENYAKIT

6. Keluhan & gejala yang menyebabkan masuk Rumah Sakit

7. Sejak kapan keluhan & gejala tersebut pertama kali muncul

8. Indikasi/alasan kuat dilakukannya rawat inap

JIKA RAWAT INAP KARENA KECELAKAAN

9. Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan : / / (tgl/bln/thn)
Keadaan luka secara terperinci

10. Kronologis terjadinya kecelakaan

DATA KLINIS

11. Tanggal pertama kali gejala/ keluhan muncul : _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn)
12. Tanggal pertama kali terdiagnosa penyakit tersebut : _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn)
13. Tanggal Perawatan : _____ s/d _____ (tgl/bln/thn)
14. Diagnosa Awal
15. Diagnosa Akhir *)
16. Penyebab Diagnosa tersebut (causa)

17. Pengobatan/tindakan yang diberikan

18. Nama Tindakan Operasi : _____ (jika dilakukan pembedahan)

19. Nama Dokter yang melakukan operasi : _____ Tanggal Operasi : ____ / ____ / ____

20. Hasil Pemeriksaan fisik

Tensi Nadi Suhu Pernapasan Kesadaran

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Laboratorium, Radiologi, Elektrokardiografi (EKG), dll. Dilampirkan)

21. Apakah perawatan ini atas permintaan pasien sendiri?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

RIWAYAT PENYAKIT

*) Apakah Diagnosa di atas:

22. Berhubungan dengan Kehamilan (Jika pasien Wanita) ?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

23. Berhubungan dengan Penyakit Kejiwaan ?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

24. Berhubungan dengan Penyakit Bawaan

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

25. Berhubungan dengan Kosmetika ?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

26. Merupakan Penyakit Kronis atau Episode Berulang ?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

27. Apakah Pasien ini menderita/memiliki Riwayat Penyakit yang berhubungan dengan Hipertensi, Diabetes Melitus (DM), Penyakit Jantung, Penyakit Paru-paru, Penyakit Hati, Narkotika, Human Immunodeficiency Virus (HIV), atau penyakit lainnya ?

YA TIDAK, Diderita sejak : ____ / ____ / ____

28. Jika "Ya", mohon sebutkan diagnosa riwayat penyakit :

29. Apakah perawatan pasien ini berhubungan dengan Riwayat Penyakit di atas ?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

30. Apakah sebelumnya dokter/sejawat pernah memeriksa/merawat pasien ini ?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

31. Mohon sebutkan nama, alamat Dokter/ Rumah Sakit yang Dokter/Sejawat ketahui pernah dikunjungi pasien ini (rujukan)

PERNYATAAN DOKTER

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

Nama Dokter : Spesialisasi :

Alamat Dokter/ Rumah Sakit :

Kode Pos _____

No. Telepon / No. Handphone : _____ / _____

Ditandatangani di _____, ____ / ____ / 20 ____

DOKTER

CAP RUMAH SAKIT

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