



Untuk diisi dengan lengkap oleh Dokter yang merawat dan Dokter Bedah

KETERANGAN DOKTER

Saya menerangkan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit / luka yang diderita pasien tersebut dibawah ini.

Nama Pasien :	Nomor Rekam Medik :
Tanggal Mulai Dirawat :	Tanggal Pasien Keluar Perawatan :
Keluhan Utama :	
Keluhan Tambahan :	
Sudah berapa lama keluhan tersebut dirasakan oleh pasien ?	
Indikasi Rawat Inap :	
Tujuan Perawatan : <input type="checkbox"/> Observasi <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Terapi	
Pemeriksaan Fisik :	
Diagnosa :	Kode ICD X :
Terapi :	
Apakah pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk keadaan / penyakit ini ? Mohon dijelaskan.	
Bila pasien Rujukan, Nama dokter dan Instansi kesehatan yang merujuk adalah :	
Tindakan atau Operasi selama perawatan :	
Alasan memilih Jenis Tindakan diatas :	
Apakah penyakit / kondisi diatas disebabkan atau berhubungan dengan <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan <input type="checkbox"/> Kesuburan <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Mental disorder <input type="checkbox"/> Gangguan Hormonal <input type="checkbox"/> Kosmetik atau Estetika <input type="checkbox"/> Kehamilan Tanggal HPHT : _____	
Jika Ya harap jelaskan :	
Bila penyakit dikarenakan kecelakaan (KLL / kecelakaan kerja), mohon dicantumkan : Tanggal kecelakaan : Penyebab kecelakaan :	
Prognosis :	
Pasien pulang dalam keadaan : <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Meninggal <input type="checkbox"/> Lainnya : _____	

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi diatas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya,

Tempat & Tanggal : _____

Nama Jelas dan Tanda tangan Dokter

Nama & Stempel Rumah Sakit