



PT Prudential Life Assurance
 Prudential Tower
 Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910
 Customer Care: 1500085/ customer.idn@prudential.co.id
 www.prudential.co.id

PT Prudential Life Assurance terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

RAHASIA
Confidential

SURAT KETERANGAN DOKTER (PHYSICIAN FORM)
Rawat Inap/Hospitalization

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah memeriksa penyakit/luka yang diderita oleh pasien tersebut di bawah ini.
I hereby certify that I personally examined the illness/injury sustained by the patient mentioned below.

Nama Lengkap Pasien/ <i>Patient's Full Name</i>	..... Rekam Medik/ <i>Med. Rec. No</i> :
No. KTP/ <i>Passport No</i>	Jenis Kelamin / <i>Sex</i>
Tanggal Lahir/ <i>Date of Birth</i>	..... (dd/mm/yy) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Laki-laki/ <i>Male</i> Perempuan/ <i>Female</i>
Tanggal Perawatan/ <i>Date of Hospitalization</i>	..... (dd/mm/yy) s.d./to (dd/mm/yy)
Jenis Kamar Perawatan / <i>Type of Hospital Room</i>	.....
Jenis Layanan/ <i>Type of Service</i>	<input type="checkbox"/> Rawat Inap <input type="checkbox"/> Sebelum-Sesudah Rawat Inap <input type="checkbox"/> Rawat Jalan <i>Hospitalization Pre-Post Hospitalization Outpatient</i>
Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui oleh Pasien <i>Date when symptoms or complaint first occurred</i>	..... (dd/mm/yy)
Tanggal pertama kali konsultasi untuk penyakit yang diderita saat Ini/ <i>Date of the first consultation for this condition</i>	..... (dd/mm/yy)
Mohon jelaskan gejala penyakit <i>Please describe the symptoms of the disease</i>	.....
Diagnosa Utama/ <i>Primary Diagnosis</i>	.....
Diagnosa Tambahan/ <i>Secondary Diagnosis</i>	.....
Faktor Penyebab Diagnosa/ <i>Cause of the disease</i>	.....
Tanggal Diagnosa ditegakkan/ <i>Date of when the Diagnosis was established</i>	..... (dd/mm/yy)
Terapi atau tindakan bedah yang diberikan/ <i>Treatment rendered or type of surgery performed</i>	Jenis Operasi/ <i>Type of operation</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (<i>Elective</i>) (<i>Cito/Emergency</i>)
Nama dokter bedah/ <i>Surgeon's name</i>	.....
Hasil pemeriksaan laboratorium/Radiologi <i>Results of laboratory tests/Radiology</i>	.....
Diagnosa di atas disebabkan/merupakan komplikasi dari/berhubungan dengan <i>Diagnosis was due to/a complication from/related to</i>	<input type="checkbox"/> Penyakit Kejiwaan/ <i>Mental Disorder</i> <input type="checkbox"/> HIV – AIDS/ <i>HIV -AIDS</i> <input type="checkbox"/> Kecelakaan/ <i>Accident</i> <input type="checkbox"/> Usia Lanjut/ <i>Geriatric</i> <input type="checkbox"/> Kehamilan/ <i>Pregnancy</i> <input type="checkbox"/> Kosmetik/ <i>Cosmetic</i> <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Obat/ <i>Drug Abuse</i> <input type="checkbox"/> Penyakit akibat Hubungan Seksual/ <i>Sexually Transmitted Diseases</i> <input type="checkbox"/> Pengobatan Kesuburan - Ketidaksuburan/ <i>Treatment for Fertility or Infertility</i> <input type="checkbox"/> Tumor/Benjolan/Kista/ <i>Tumour/Growth/ Cyst</i> <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan atau Turunan/ <i>Congenital or Hereditary Disease</i> <input type="checkbox"/> Lain-Lain (Jelaskan)/ <i>Others (Please Describe)</i> :
Bila perawatan dikarenakan kecelakaan, mohon dicantumkan / <i>If the treatment is due to accident, please state:</i>	
a. Tanggal Kecelakaan/ <i>Date of accident</i>	..... (dd/mm/yy)
b. Penyebab Kecelakaan/ <i>Cause of accident</i>	.....

Mohon dilanjutkan ke halaman berikutnya/*Please proceed to the next page*



PT Prudential Life Assurance
 Prudential Tower
 Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910
 Customer Care: 1500085/ customer.idn@prudential.co.id
 www.prudential.co.id

PT Prudential Life Assurance terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

RAHASIA
Confidential

SURAT KETERANGAN DOKTER (PHYSICIAN FORM)
Rawat Inap/ Hospitalization

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah memeriksa penyakit/luka yang diderita oleh pasien tersebut di bawah ini.
 I hereby certify that I personally examined the illness/injury sustained by the patient mentioned below.

<p>Apakah pasien pernah konsultasi atau dirawat sebelumnya dengan diagnosa yang sama? <i>Has the patient ever been examined or admitted with the same diagnosis before ?</i></p> <p>a. Tanggal/<i>Date</i></p> <p>b. Diagnosa/<i>Diagnosis</i></p> <p>c. Nama Dokter/<i>Name of the Physician</i></p> <p>d. Nama Rumah Sakit/<i>Name of Hospital</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ya/<i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak/<i>No</i> Bila "Ya", jawab pertanyaan berikut <i>If "Yes", please answer the following questions</i></p> <p>..... (dd/mm/yy)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Apakah pasien pernah konsultasi atau dirawat sebelumnya ? <i>Has the patient ever been examined or admitted before ?</i></p> <p>a. Tanggal/<i>Date</i></p> <p>b. Diagnosa/<i>Diagnosis</i></p> <p>c. Nama Dokter/<i>Name of the Doctor</i></p> <p>d. Nama Rumah Sakit/<i>Name of Hospital</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ya/<i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak/<i>No</i> Bila "Ya", jawab pertanyaan berikut <i>If "Yes", please answer the following question</i></p> <p>..... (dd/mm/yy)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Apabila ini kasus rujukan, mohon sebutkan nama dan alamat Dokter pengirim/<i>If this is a referral case, please state the name and address of the referring physician.</i></p>	<p>.....</p>

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi di atas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan Saya.
 I declare that the above information is accurate and complete to the best of my knowledge and conviction.

Tempat & Tanggal/ *Place & Date*: _____

 Nama Jelas & Tanda Tangan Dokter
Name and signature of physician

 Nama & Stempel Rumah Sakit
Name and stamp of hospital