

Nama Pasien / Insured/Patient's Name : \_\_\_\_\_

Tanggal Lahir / Birth :       tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy

Jenis Kelamin / Gender :  Laki-laki / Male  Perempuan / Female

Tanggal Perawatan / Date of Treatment :    to

Tanggal Meninggal Dunia / Date of Death :       tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy

Anamnesa / Anamnesis : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tanggal Gejala Pertama Diketahui / Date of First Symptoms Diagnosed :       tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy

Tanggal Konsultasi Pertama / Date of First Consultation :       tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy

Diagnosa / Diagnosis : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Terapi atau Tindakan / Therapy or Treatment : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Apakah Pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya? Has the patient consulted / treated before? :

Ya / Yes

Tidak / No ,

Jika "YA", mohon dijawab pertanyaan selanjutnya / If "YES" please answer the next questions

a. Tanggal/Date :    to

b. Nama Dokter/Physician's Name : \_\_\_\_\_

c. Alamat/Address : \_\_\_\_\_

d. Diagnosa/Diagnosis : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Saya sebagai Dokter yang merawat pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas dengan lengkap dan benar / as the attending physician of the above mentioned patient, certify that I have read and answered the above questions completely and correctly

Nama Dokter / Physician's Name : \_\_\_\_\_

Nama Rumah Sakit / Hospital's Name : \_\_\_\_\_

Alamat / Address : \_\_\_\_\_

Ditandatangani di : \_\_\_\_\_  
Signed at

Tanggal : \_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nama, Tanda Tangan & Cap Rumah Sakit / Name, Signature & Stamp of Hospital