

Surat Keterangan Dokter

Attending Physician's Statement

CHUBB®

Nama Pasien <i>Patient's Name</i>	Tanggal Masuk <i>Date of Admission</i>
.....
Nomor Rekam Medis <i>Medical Record Number</i>	Tanggal Keluar <i>Date of Discharge</i>
.....

1. a. Tanggal pertama kali pasien konsultasi sehubungan dengan penyakit/cedera yang diderita
Date of first consultation concerning the illness/injury TgL Bln Thn
DD MM YY
- b. Nama dan alamat Dokter konsultasi/Dokter pengirim
Name and address of the referral Doctor
2. a. Keluhan utama
First symptoms
- b. Sudah berapa lama keluhan tersebut dirasakan oleh pasien
How long has the patient been suffering from that symptoms
3. a. Keluhan tambahan
Other symptoms
- b. Sudah berapa lama
For how long
4. a. Diagnosa penyakit atau cedera
Diagnosis of illness
- b. Penyebab perawatan adalah
(pilih salah satu)
The reason of treatment is (please choose one) Kecelakaan / Accident
 Penyakit / Sicknes
- Jika kecelakaan kapan? / *If accident when?*
.....
- c. Berdasarkan diagnosis, apakah pasien membutuhkan rawat inap di Rumah Sakit? Jika ya, untuk berapa lama?
Based on the Diagnosis, has the patient required inpatient treatment? If yes, for how long?
.....
.....
.....

5. Apakah Saudara mengetahui adanya perawatan sebelumnya terhadap pasien dengan kondisi penyakit/cedera yang sama? Jika Ya, mohon sebutkan kapan hal tersebut terjadi dan jelaskan
Have you any reason to believe that treatment for the same condition has been given to the patient previously? If Yes, give detail

.....

6. Bila ada tindakan pembedahan, mohon jelaskan jenis operasi dan tanggal pembedahan
If surgical operation was involved, please give the type of operation and the date it was performe

.....

7. Apakah keadaan ini / *Is this condition*

a. Merupakan kelainan bawaan/kongenital? Ya / Yes Tidak / No
Congenital anomaly

b. Disebabkan oleh kehamilan? Ya / Yes Tidak / No
Due to pregnancy?

c. Disebabkan oleh gangguan mental/depresi? Ya / Yes Tidak / No
Due to mental disorder or depression?

Jika ya, sebutkan nama Psikiater / Psikolog:
If yes, state the name of Psychiatrist/Psychologist

.....

d. Karena kadar alkohol tinggi (> 0,005%) Ya / Yes Tidak / No
Due to high alcohol contents (more than 0.005%)

e. Disebabkan oleh Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi? Ya / Yes Tidak / No
Due to Adverse Reaction following Immunisation?

Jika Ya, nama Vaksin & Penyuntikan ke?
If Yes, Name of Vaccine & Injection into?

.....

Demikian saya menyatakan bahwa seluruh jawaban-jawaban di atas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan keyakinan saya dan saya tidak menahan/menyembunyikan informasi yang mempengaruhi PT Chubb General Insurance Indonesia dalam pertimbangan klaim. Saya mengerti klaim ini dapat ditolak atau dikurangi jika informasi yang diberikan tidak benar.

I declare that the above information is true and complete to the best of my knowledge and belief and I do not withhold any information likely to affect PT Chubb General Insurance Indonesia's consideration of the claim. I understand the claim may be refused or reduced if the given information is incorrect.

Nama dan Tanda Tangan <i>Name and Signature of Attending Physician</i>	Stempel Dokter/Rumah Sakit <i>Att. Physician/Hosp. Stamp</i>	Keahlian <i>Qualification</i>
Tanggal / Date:		

Hanya berlaku bila diisi, di tanda tangani, dicap oleh Dokter yang bersangkutan.
Acceptable only if filled out, signed, stamped by Attending Physician.

Chubb. Insured.SM