

**BAG. 2 DIISI OLEH DOKTER YANG MEMERIKSA**

Kepada Dokter Yth,
Untuk memproses klaim nasabah kami, mohon untuk mengisi bagian dibawah ini. Terima kasih

1. Tanggal pelayanan sejak (tgl/bln/thn): s/d (tgl/bln/thn):
2. No registrasi pasien/ RM:
3. Nama Rumah Sakit/Klinik:
4. Jenis pelayanan (Ceklis salah 1): Rawat jalan Gigi Take Out Optik
5. Anamnesa:
6. Adakah penyakit/keluhan lain yang berhubungan dengan kondisi sekarang? Jika ya, mohon sebutkan dan sejak kapan
7. Jika memerlukan rawat inap, apakah indikasi medis dilakukan rawat inap?
8. Dari informasi yang di terima pernahkan pasien mengalami kondisi yang sama sebelum tanggal pengobatan tanggal tersebut? Jika ya, mohon sebutkan (dd/mm/yy)
9. Pemeriksaan fisik:
10. Pemeriksaan penunjang:
11. Untuk pengobatan gigi, mohon agar disebutkan regio dan no gigi:
12. Diagnosa: ICD 10:
13. Diagnosa lainnya: ICD 10:
14. Tindakan/terapi:
15. Saran pengobatan:
17. Penyakit berhubungan dengan: Kosmetik Kesuburan Kongenital
 Psikis/psikosomatis HIV/AIDS Penyalahgunaan obat/alkohol
 Percobaan bunuh diri/ mencederai diri sendiri Lainnya, sebutkan Penyakit menular seksual

RIWAYAT KESEHATAN

	Tanggal	Nama Penyakit	Nama & Alamat Dokter / Rumah Sakit/Klinik Yang Merawat
a.			
b.			
c.			

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah memeriksa Penyakit/luka yang diderita oleh pasien tersebut di bawah ini.

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi di atas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan Saya.

Nama Dokter:

SIP Dokter:

Alamat dan No telepon:

Tanggal / Bulan / Tahun	Tanda Tangan & Stempel Nama Dokter/ Stempel Rumah Sakit/Klinik
---	--