

Saya menerangkan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit / luka yang diderita pasien tersebut dibawah ini.
I do certify that I personally examined the Sickness / Injury sustained by patient mentioned below.

DATA PESERTA/CUSTOMER INFORMATION**

Nama Pasien: <i>Name of Patient</i>	Jenis Kelamin: <i>Gender</i>	<input type="checkbox"/> Perempuan <i>Female</i>
Tanggal Lahir: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <i>DOB</i>		<input type="checkbox"/> Laki-laki <i>male</i>

INFORMASI KESEHATAN / HEALTH INFORMATION**

Nama Rumah Sakit/Klinik: <i>Name of Hospital/Clinic</i>	Nomor RM: <i>Medical Record No</i>
Tanggal Perawatan: ___/___/___ s/d ___/___/___ (dd/mm/year) <i>Date of Hospitalisation until</i>	Jenis Perawatan: <input type="checkbox"/> Rawat jalan <input type="checkbox"/> Rawat inap <i>Type of Service Outpatient Inpatient</i>

Keluhan dan Gejala Utama dan tambahan:
Primary and/or other Symptoms and Signs

Sejak kapan keluhan dan gejala tersebut dirasakan oleh pasien?: ___/___/___ (dd/mm/yy)
Since when the symptoms and signs suffered by the patient?

Pernahkah pasien di diagnosa penyakit yang sama sebelumnya?: Sejak: ___/___/___ (dd/mm/yy)
Did the patient get same condition before?

Jika disebabkan karena kecelakaan, kapankah kecelakaan tersebut terjadi?: ___/___/___ (dd/mm/yy)
If it is caused by accident, when did the accident occur?

Indikasi dilakukan Rawat Inap: Terapi Diagnostik Isolasi APS/Lainnya, _____
Indication for Hospitalization Therapeutic Diagnostic Isolation Others,

Diagnosis akhir:
Working Diagnose

Diagnosis/penyakit lain yang menyertai:
Other diagnose/illness

Pemeriksaan fisik saat masuk rumah sakit:
Physical examination when enters hospital

Terapi selama perawatan (Harap sebutkan nama obat, dosis, dll):
Treatment during medical care (Please mention medicine, dosage, etc).

Tindakan atau Nama pembedahan yang dilakukan selama perawatan: Tanggal / Date: ___/___/___
Procedures or Surgical performed during treatment Jenis Anestesi / Anesthesia: _____
Jumlah Dokter Bedah / Number of attending Surgeon(s): _____
Jumlah sayatan / Number of incision: _____

Alasan memilih Jenis Tindakan atau pembedahan diatas:
Reason to choose the above Procedures or Surgery

Pasien pulang dalam keadaan: Sembuh Meninggal Lainnya, :
Patient's condition when discharged Recover Death Other

Apakah prognosinya?
What is the prognosis?

Apakah diperlukan untuk kontrol? Kapan?
Is the control is required? When?

Tanggal konsultasi pertama kali sehubungan penyakit ini:
Date of the first consultation concerning this illness

Apakah penyakit/kondisi diatas disebabkan atau berhubungan dengan:
Is the above sickness / conditions caused by or related to

<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan / Congenital Disorder	<input type="checkbox"/> Gangguan Hormonal / Hormonal Imbalance
<input type="checkbox"/> Kelainan Psikosomatis / Psychosomatic Disorder	<input type="checkbox"/> Kosmetik atau Estetika / Cosmetic or Aesthetic
<input type="checkbox"/> Penyakit Hubungan Sexual / Sexual Transmitted	<input type="checkbox"/> Tumbuh Kembang / Growth Disorder
<input type="checkbox"/> Alokohol/penyalahgunaan obat / Alcohol/drug abuse	<input type="checkbox"/> Disease Kehamilan / Pregnancy
<input type="checkbox"/> Percobaan bunuh diri/melukai diri / Suicide attempt/injuring themselves	<input type="checkbox"/> Kecelakaan / Accident
<input type="checkbox"/> Ketidaksuburan / Infertility	<input type="checkbox"/> HIV / AIDS

Dokter/Rumah Sakit yang menunjuk/mengobati/merawat pasien sebelumnya:
Doctors/hospitals who refer/treat patient previously

Nama/Name	Alamat/Address	Tanggal Konsultasi/Consultation date

Tempat & Tanggal / Place & Date: _____, _____ 20__

Nama, Tanda tangan & Stempel Dokter/Rumah Sakit
Name, Signature and stamp of Doctor/Hospital

Demikian semua keterangan yang Saya buat dalam Formulir Keterangan Dokter ini adalah benar, sesuai dengan yang Saya ketahui berdasarkan Catatan Rekam Medis Pasien dan menghormati Sumpah Profesi.
I hereby certify that all statements made in this Doctor's Statement Form are true and correct to the best of my knowledge, based on the Patient's Medical Records, and made in good faith accordance with Hippocratic Oath.

PERNYATAAN PASIEN / PATIENTS DECLARATION*

Dengan ini Saya memberikan kuasa kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia untuk memperoleh/mempertanyakan/mengetahui dari rumah sakit/klinik/dokter/pihak lain yang mempunyai catatan/informasi mengenai keadaan/riwayat kesehatan/pengobatan/perawatan rumah sakit/keterangan lain mengenai diri Saya.
I hereby authorize PT Chubb Life Insurance Indonesia to obtain/ask/fnd out from hospital/clinics/doctors/other parties who have records/information about the state/health/medical history/hospital care/other information of myself.

Tempat & Tanggal / Place & Date: _____, _____ 20__

Nama, Tanda tangan & Stempel Peserta/Pasien
Name, Signature and stamp of member/patient

* Diisi oleh Tertanggung/Pasien - To be filled by Insured/Patient
** Diisi oleh Dokter/Rumah Sakit - To be filled by Doctor/Hospital