

# SURAT KETERANGAN DOKTER (untuk Rawat Inap)

(diisi oleh dokter yang merawat)

Kepada Yth. Dokter yang merawat/mengobati,  
 Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan yang Dokter ketahui. Terima Kasih

## DATA-DATA PASIEN

Nama Pasien :  No. Rekam Medis :   
 Tanggal Lahir :  -  -  (tgl-bln-thn) Usia :  Tahun Jenis Kelamin :  Pria  Wanita  
 Alamat :

## RIWAYAT KLINIS

Tanggal Pertama kali keluhan/gejala penyakit muncul :  -  -  (tgl-bln-thn) Jam :   
 Tanggal Pertama kali terdiagnosa penyakit tersebut :  -  -  (tgl-bln-thn) Jam :   
 Tanggal perawatan (tgl-bln-thn) :  -  -  s/d  -  -   
 Diagnosa awal :   
 Diagnosa akhir :   
 Pengobatan/tindakan yang diberikan :   
 Jenis operasi (jika dilakukan pembedahan) :   
 Tanggal Operasi :  -  -  (tgl-bln-thn)  
 Nama Dokter yang melakukan operasi :   
 Tensi :  Nadi :  Suhu :  Pernapasan :   
 Kesadaran :   
 Pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Laboratorium, X Ray, EKG, dll. dilampirkan) :   
 Apakah perawatan ini atas permintaan pasien sendiri? :  Ya  Tidak Jika Ya, mohon jelaskan :   
 (Apakah diagnosa akhir di atas)  
 Berhubungan dengan kehamilan (jika pasien wanita)? :  Ya  Tidak Jika Ya, mohon jelaskan :   
 Berhubungan dengan penyakit kejiwaan? :  Ya  Tidak Jika Ya, mohon jelaskan :   
 Berhubungan dengan penyakit bawaan? :  Ya  Tidak Jika Ya, mohon jelaskan :   
 Berhubungan dengan kecelakaan? :  Ya  Tidak Jika Ya, mohon jelaskan :   
 Merupakan penyakit kronis atau episode berulang? :  Ya  Tidak Jika Ya, diderita sejak :  -  -  (tgl-bln-thn)

## RIWAYAT PENYAKIT

Apakah pasien ini menderita/memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan hipertensi, DM, jantung, paru-paru, kejiwaan, bawaan, narkotika, HIV, lainnya?  Ya  Tidak  
 diagnosa :   
 diderita sejak :  -  -  (tgl-bln-thn)  
 Apakah perawatan pasien ini berhubungan dengan riwayat penyakit di atas?  Ya  Tidak Jika Ya, Alasannya :   
 Apakah sebelum dokter/sejawat pernah memeriksa/merawat pasien ini?  Ya  Tidak Jika Ya, Alasannya :   
 Mohon sebutkan nama, alamat dokter/rumah sakit yang sejawat ketahui pernah dikunjungi pasien ini :

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter :  Spesialisasi :   
 Alamat Dokter/RS :  No. Telepon/HP :

Tempat & Tanggal :  Tanda Tangan Dokter :  Stempel Rumah Sakit :