

SURAT KETERANGAN DOKTER (untuk Penyakit Kritis)

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 :

Tanggal Lahir : - - (tgl-bln-thn) Usia : Tahun

Alamat :

No. Rekam Medis : Jenis Kelamin : Pria Wanita

RIWAYAT PENYAKIT (ANAMNESISA)

Tanggal Perawat : - - (tgl-bln-thn)

Riwayat Penyakit Dahulu :

Riwayat Penyakit Sekarang :

Kapan pertama kali pasien ini berkonsultasi dengan sejawat? : - - (tgl-bln-thn)

Tanggal pertama kali keluhan & gejala penyakit diketahui pasien : - - (tgl-bln-thn)

Nama Dokter yang merujuk pasien ini kepada sejawat (jika ada) :

Alamat Dokter yang merujuk pasien ini kepada sejawat (jika ada) :

Hasil Pemeriksaan Fisik : Tensi : Nadi : Suhu Badan :
 Pernafasan : Kesadaran :

Jenis dari hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Lab, Rontgen, USG, CT Scan, dll) :

DIAGNOSA

Diagnosa atau dugaan diagnosa* :

Tanggal pertama kali diagnosa ditetapkan : - - (tgl-bln-thn)

Terapi/tindakan yang dilakukan :

Apakah diagnosa di atas berhubungan dengan :

Kelainan bawaan? Ya Tidak Merupakan komplikasi dari penyakit lain? Ya Tidak
 Penyakit kejiwaan? Ya Tidak Merupakan komplikasi dari penyakit lain? Ya Tidak

JIKA "YA" MOHON JELASKAN

Mohon jelaskan kondisi pasien saat ini* :

Mohon dapat diberikan informasi lainnya yang sejawat ketahui tentang penyakit yang diderita pasien* :

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 :

*Gunakan lembar tambahan jika diperlukan