

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 :