

# 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 (ANAMNESA)

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 :