



R A H A S I A
Confidential

PT. Prudential Life Assurance

Kantor Pusat :

Menara Thamrin
Prudential Centre
Jl. MH. Thamrin Kav. 3
Jakarta 10250, Indonesia
Telp : (6221) 398-30-300
Fax : (6221) 398-30-207

PO Box 1805/JKS
Jakarta 12018, Indonesia
E-mail :
customer.idn@prudential.co.id

SURAT KETERANGAN DOKTER
Prumed/Prumedika Prima - Rawat Inap

MEDICAL CERTIFICATE
Prumed/Prumedika Prima - Hospitalization

Pasien (*Tertanggung*)/
Patient (*Life Assured*)

Tanggal Lahir
Date of Birth

No. Registrasi/
Registration No.

Dokter yang terhormat,
Dear Doctor,

Kami telah menerima pengajuan Klaim Rawat Inap atas nama tersebut diatas yang merupakan Tertanggung pada PT Prudential Life Assurance, kami berharap Dokter bersedia melengkapi formulir ini untuk mempercepat pemrosesan klaim tersebut.

The name above is insured with PT Prudential Life Assurance. A claim has been submitted in connection with his/her Prumed/Prumedika Prima - Hospitalization and to enable us to assess the claim, we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.

Terima kasih banyak atas kerjasamanya.
Thank you.

1. Alasan rawat inap:

Reason of hospitalization:

(Mohon beri tanda \surd pada kotak yang sesuai)

(Please tick the chosen box)

Penyakit. / Illness

a. **Diagnosis Utama**
Main Diagnosis

b. **Diagnosis Banding**
Differential diagnosis

c. **Tanggal gejala pertama kali dirasakan**
Date when nature of symptoms were first detected
Tanggal/bulan/tahun (dd/mm/yy)

d. **Tanggal diagnosis pertama kali ditegakkan**
Date when diagnosis was first established
Tanggal/bulan/tahun (dd/mm/yy)

Kecelakaan. / Accident

a. **Jenis cedera**
Nature of injuries

b. **Penyebab**
Cause of accident

c. **Keadaan sekarang**
Present condition

2. Riwayat Penyakit (dari awal hingga akhir konsultasi).

History of the disease - from first consultation date until discharged from the hospital

Tanggal <i>Date</i>	Keluhan / Gejala <i>Nature of Complaints</i>	Diagnosa <i>Diagnosis</i>	Tindakan <i>Therapy</i>

3. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan.

Type of tests carried out to confirm diagnosis

Mohon dapat dilampirkan salinan hasil-hasil pemeriksaan tersebut
Please attach copies of test results

Tanggal <i>Date</i>	Jenis Pemeriksaan <i>Type of tests</i>

4. Kapan Pasien diberitahu mengenai penyakitnya tanggal/bulan/tahun

Date when the patient was advised of the medical condition (dd/mm/yy)

--

5. Jika ada dokter lain yang merawat Pasien untuk kondisi tersebut atau yang berhubungan dengan penyakitnya, mohon dituliskan nama dan alamat dokter/rumah sakit yang bersangkutan.

If you are not the first medical attendant who treated the patient for this condition, please give us the name and address of the doctors/hospitals visited before he/she was under your treatment.

Tanggal <i>Date</i>	Nama & Alamat Dokter <i>Doctor's name & Address</i>	Keluhan/Gejala <i>Complaints/Symptoms</i>	Tindakan/Pengobatan <i>Treatment/Medication</i>

6. Mohon jelaskan faktor resiko, adanya kontaminasi, maupun penyakit lain yang mempermudah /mencetuskan timbulnya penyakit ini ?

Please describe risk factors, any presence of contamination, or other diseases which could precipitate/cause this particular disease.

Jenis faktor resiko / zat yang mengkontaminasi penyakit <i>Risk factors / contamination</i>	Sejak kapan diderita <i>First detected</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

7. Apakah Pasien menderita penyakit lain atau adakah hal-hal berkaitan yang dapat memperlambat penyembuhan ? Jika ada, mohon dijelaskan.

Is the patient suffering from any other disease, or is there any other circumstances which may prolong the recovery ? If so, please give us the details

--

8. Jika ada saran/informasi/hal-hal lainnya yang ingin Dokter berikan sehubungan dengan kondisi kesehatan Pasien mohon dokter dapat menuliskan dibawah ini

If you have any other information on the medical conditions of the patient, please provide us with details)

--

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan tersebut di atas adalah benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini.

I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief.

N a m a
Name

Alamat dan Stempel Rumah Sakit
Address and stamp of the Hospital

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature