

1. Semua pertanyaan dibawah bersifat mandatory, harap dijawab dengan lengkap dan benar, dan beri tanda ✓ pada pilihan yang sesuai / All questions below are mandatory, please answer completely and correctly, and check ✓ at the appropriate choice
2. Tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua terisi lengkap dan benar sebelum menandatangani / Do not sign empty form and make sure all fields have been filled completely and correctly before signing
3. Penulisan tanggal selalu menggunakan format tanggal-bulan-tahun / Dates should always be written in date-month-year format.
4. Apabila terjadi kesalahan penulisan, mohon tidak menghapus melainkan mencoret dan memberikan tanda tangan disebelahnya / In the event of inputting errors, do not delete but cross the error out and sign next to it.

98% nasabah MERASAKAN proses klaim yang CEPAT dan TEPAT dengan mengisi formulir ini dengan BENAR dan LENGKAP
98% of Customers **EXPERIENCED FAST and ACCURATE** claim process by filling this form **CORRECTLY and COMPLETELY**

Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak dan jelas
Please fill in the form with black pen in block letters within the boxes in legible form

A. Informasi Pasien

Patient Information

1. Nama Lengkap Tertanggung ("Pasien") :
Full Name of The Insured ("Patient")
2. Tanggal Lahir / Usia : - -
Date of Birth / Age (dd - mm - yyyy)
3. Jenis Kelamin Sex : Perempuan / Female Laki-laki / Male
4. No Kartu Pasien/Rekam Medis Patient Card / Medical Record Number :
5. Tanggal Masuk Rumah Sakit Date of Admission : - -
(dd - mm - yyyy) Lama perawatan Length of Treatment : Hari Days
6. Tanggal Keluar Rumah Sakit Date of Discharge : - -
(dd - mm - yyyy)
7. Apakah perawatan ini atas permintaan pasien sendiri : Ya Yes Tidak No
Is the hospital treatment requested by the patient themselves

Jika "Tidak", mohon jelaskan indikasi rawat inapnya / If the answer is "No", please explain the indication for in-patient treatment

B. Informasi Medis Pasien

Patient Medical Information

- Jenis Klaim : Rawat Inap / Inpatient Rawat jalan Pre / Post Rawat Inap Lainnya / Others : _____
Claim Type : One Day Surgery (ODS) Medical Check Up (MCU)

- Tujuan Perawatan : Terapi / Therapy Diagnostik / Diagnostic
Treatment Purposes :

Keluhan / Gejala Utama serta tanggal pertama kali dirasakan :
Primary Complaints / Symptoms and the first date they were felt:

Tanggal : - -
Date (dd - mm - yyyy)

Keluhan / Gejala Tambahan serta tanggal pertama kali dirasakan :
Additional Complaints / Symptoms and the first date they were felt :

Tanggal : - -
Date (dd - mm - yyyy)

Keluhan / Gejala Tambahan serta tanggal pertama kali dirasakan :
Additional Complaints / Symptoms and the first date they were felt :

Tanggal : - -
Date (dd - mm - yyyy)

Keluhan / Gejala Tambahan serta tanggal pertama kali dirasakan :
Additional Complaints / Symptoms and the first date they were felt :

Tanggal : - -
Date (dd - mm - yyyy)

Menurut riwayat catatan medis pasien, mohon sebutkan riwayat perawatan atas penyakit dan/atau cedera tubuh yang pernah dialami pasien sebelumnya :
Please mention in accordance with the patient's medical record the history of treatment of illnesses and/or bodily injuries the patient previously suffered

Tanggal Perawatan Treatment Date	Diagnosa Diagnosis	Hasil Pemeriksaan Penunjang Supporting Examination Results	Terapi Therapy

Mohon sebutkan nama dan alamat dokter /rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien jika pasien ini merupakan rujukan dari tempat lain :
Please state the name and address of doctors/hospitals if the patient is referred from another doctors/hospitals :

Tanggal Perawatan Treatment Date	Rumah Sakit Hospitals	Nama dokter yang merawat Name of treating doctor	Diagnosa Diagnosis

Riwayat Penyakit Keluarga (terbatas pada kakek, nenek, ibu dan ayah) :
History of Family Illnesses (limited to grandparents and parents) :

Hasil Pemeriksaan Fisik Pasien, mohon jelaskan :
Physical Examination Results, please explain :

Keadaan umum : _____ GCS : _____
General condition :

Pemeriksaan fisik & pemeriksaan lain yang bermakna / Physical & other significant examinations :
(Head/Neck, Heart, Lung, Abdomen, Extremitas, Sensorik – Motorik)

Tanda vital / Vital sign :
(Blood pressure, Heart Rate, Temperature, Respiratory Rate, Oxygen Saturation)

Hasil Laboratorium / Pemeriksaan Penunjang / Laboratory / Supporting Examination Results:
(Blood test, Urine test, EKG, X-ray photo, USG, CT-Scan, MRI, Endoscopy, Fluoroscopy, etc)

Hasil Patologi Anatomi / Hasil Mikrobiologi :
Anatomic Pathology / Microbiology Results :

Diagnosa Utama serta tanggal diagnosa utama pertama kali ditegakkan :
Primary Diagnosis and Date of its First establishment :

Diderita sejak : - -
Suffered since (dd - mm - yyyy)

ICD 10

Diagnosa Tambahan serta tanggal diagnosa tambahan pertama kali ditegakkan :
Additional Diagnosis and Date of its First establishment:

Diderita sejak : - -
Suffered since (dd - mm - yyyy)

ICD 10

Diagnosa Tambahan serta tanggal diagnosa tambahan pertama kali ditegakkan :
Additional Diagnosis and Date of its First establishment:

Diderita sejak : - -
Suffered since (dd - mm - yyyy)

ICD 10

Diagnosa Tambahan serta tanggal diagnosa tambahan pertama kali ditegakkan :
Additional Diagnosis and Date of its First establishment:

Diderita sejak : - -
Suffered since (dd - mm - yyyy)

ICD 10

Terapi atau Tindakan di Rumah Sakit / Therapy or Treatment in the Hospital :

Kondisi pasien saat pulang dari Rumah Sakit / Prognosis :
Patient's condition upon discharge from the hospital / Prognosis:

Obat / Terapi yang diberikan saat pulang dari Rumah Sakit :
Drugs / Therapies prescribed upon discharged:

Apakah diagnosa utama disebabkan/merupakan komplikasi dari/berhubungan dengan :
Is the primary diagnosis caused by / a complication of /related to:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kejiwaan / Psikosomatis
Psychological/psychosomatic conditions | <input type="checkbox"/> Kosmetik / Bedah Plastik
Cosmetic/Plastic surgery | <input type="checkbox"/> Pengobatan untuk mengatasi obesitas
Treatment for obesity |
| <input type="checkbox"/> Perawatan / Pengobatan Gigi
Dental Care / Treatment | <input type="checkbox"/> HIV / AIDS | <input type="checkbox"/> Penyakit Hubungan Seksual
Sexually Transmitted Diseases |
| <input type="checkbox"/> Refraksi
Refraction | <input type="checkbox"/> Kelainan tumbuh kembang
Growth and Developmental disorders | <input type="checkbox"/> Kehamilan, infertilitas
Pregnancy, Infertility |
| <input type="checkbox"/> Perawatan / Pengobatan Mata
Optical Care / Treatment | <input type="checkbox"/> Kongenital
Congenital Disease | <input type="checkbox"/> Lainnya / Others : _____ |

Jika ada jawaban "Ya" satu atau lebih, mohon sebutkan dan jelaskan*:
If one or more answers are "Yes", please state and explain*:

* Gunakan lembar tambahan jika diperlukan / Use additional sheets if needed

C. Jika Tertanggung mengalami kecelakaan, mohon dapat melengkapi dibawah ini :

If the patient experienced an accident, kindly supply the following information :

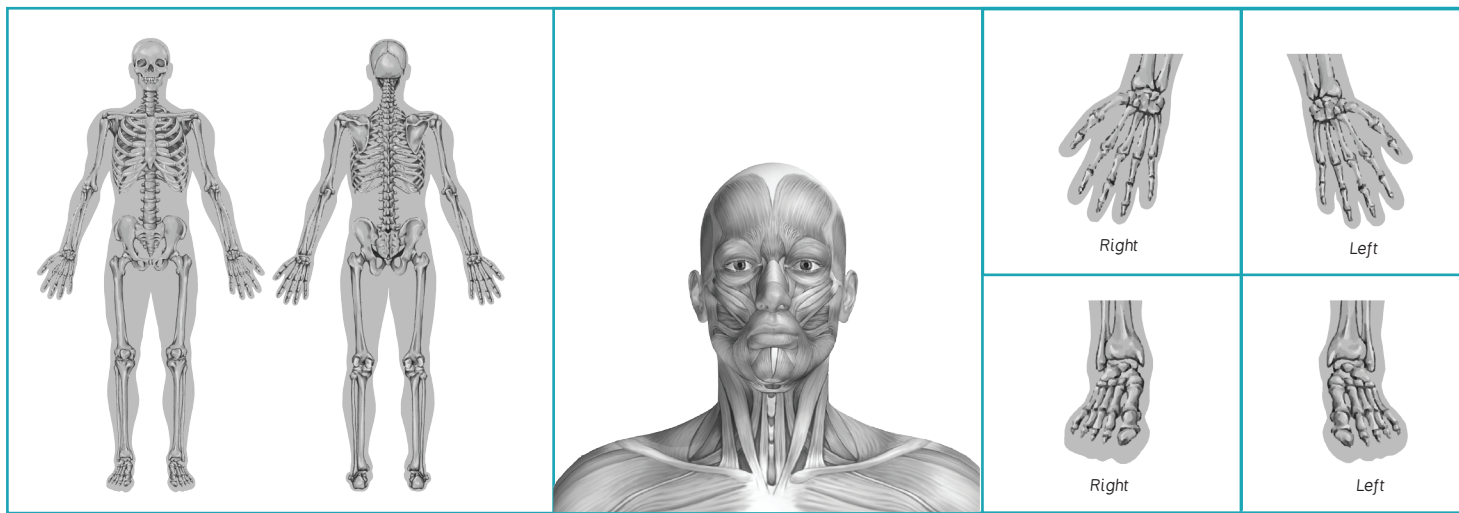
Tempat terjadinya kecelakaan :
Place of accident

Tanggal : - -
Date (dd - mm - yyyy)

Kronologis terjadinya kecelakaan (Informasi Pasien) :
Chronology of Accident (Patient Information) :

Jam mengalami Kecelakaan : :
Time of Accident

Untuk kasus kecelakaan, mohon dapat melengkapi hasil Pemeriksaan Fisik Pasien, mohon jelaskan dan tunjukkan pada gambar dibawah ini :
In case of accident, please complete the results of the Patient's Physical Examination and explain and show them in the pictures below:



Deklarasi dan Otorisasi Dokter / Doctor's Declaration and Authorization :

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah yang sebenar-benarnya dan selengkap-lengkapnya menurut sepengetahuan saya dan catatan medis pasien.

I here by declare that the above information is true and complete according to my knowledge and the patient's Medical Record

Ditandatangani di : _____
Signed in

Tanggal : - -
Date (dd - mm - yyyy)

Nama Dokter :
Doctor's Name

No SIP Dokter :
Doctor's Licence No

No Telp/HP :
Phone/ Mobile Number

Ahli/Kualifikasi :
Specialization/ Qualification:

Nama RS :
Hospital Name

Alamat RS :
Hospital Address

Tanda Tangan & Cap
Signature & Stamp