

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP DAN PEMBEDAHAN (Dilengkapi oleh Dokter)

Perlu diperhatikan:

1. Semua pertanyaan harap dijawab dengan lengkap dan benar, dan beri tanda (√) pada pilihan yang sesuai.
2. Tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua terisi lengkap dan benar sebelum menandatangani.
3. Penulisan tanggal selalu menggunakan format tanggal-bulan-tahun.
4. Apabila terjadi kesalahan penulisan, mohon tidak menghapus melainkan mencoret dan memberikan tanda tangan disebelahnya.
5. Apabila kolom yang disediakan tidak cukup, maka dapat menggunakan kertas terpisah.

1. Nama lengkap Tertanggung ("Pasien"):

a. Tanggal lahir /Usia:

 - - Tahun

b. Nomor rekam medis /Register:

c. Tanggal perawatan/Jumlah hari:

Dari s/d Hari

d. Apakah perawatan ini atas permintaan Pasien sendiri:

Ya Tidak

e. Jika "Tidak", mohon jelaskan indikasi rawat inapnya:

2. Rincian medis

a. Diagnosis:

b. Tanggal diagnosis:

 - -

c. Penyebab /Penyakit yang mendasari:

d. Mohon sebutkan dan jelaskan pengobatan yang dilakukan sehubungan diagnosis di atas (termasuk pembedahan yang dilakukan):

