



**PT Prudential Life Assurance**  
Prudential Tower  
Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910  
Customer Care: 1500085/ customer.idn@prudential.co.id  
www.prudential.co.id

**PT Prudential Life Assurance terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan**

**RAHASIA**  
*Confidential*

**SURAT KETERANGAN DOKTER (PHYSICIAN FORM)**  
**Rawat Inap/Hospitalization**

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah memeriksa penyakit/luka yang diderita oleh pasien tersebut di bawah ini.  
*I hereby certify that I personally examined the illness/injury sustained by the patient mentioned below.*

Nama Lengkap Pasien/ <i>Patient's Full Name</i>	SUTJIPTO ..... Rekam Medik/ <i>Med. Rec. No</i> : .....																				
No. KTP/ <i>Passport No</i>	3174021609690004																				
Tanggal Lahir/ <i>Date of Birth</i>	16/09/69 ..... (dd/mm/yy)	Jenis Kelamin / <i>Sex</i> <input checked="" type="checkbox"/> Laki-laki/ <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Perempuan/ <i>Female</i>																			
Tanggal Perawatan/ <i>Date of Hospitalization</i>	..... (dd/mm/yy) s.d./to ..... (dd/mm/yy)																				
Jenis Kamar Perawatan / <i>Type of Hospital Room</i>	.....																				
Jenis Layanan/ <i>Type of Service</i>	<input type="checkbox"/> Rawat Inap <i>Hospitalization</i> <input type="checkbox"/> Sebelum-Sesudah Rawat Inap <i>Pre-Post Hospitalization</i> <input type="checkbox"/> Rawat Jalan <i>Outpatient</i>																				
Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui oleh Pasien <i>Date when symptoms or complaint first occurred</i>	..... (dd/mm/yy)																				
Tanggal pertama kali konsultasi untuk penyakit yang diderita saat Ini/ <i>Date of the first consultation for this condition</i>	..... (dd/mm/yy)																				
Mohon jelaskan gejala penyakit <i>Please describe the symptoms of the disease</i>	.....																				
Diagnosa Utama/ <i>Primary Diagnosis</i>	.....																				
Diagnosa Tambahan/ <i>Secondary Diagnosis</i>	.....																				
Faktor Penyebab Diagnosa/ <i>Cause of the disease</i>	.....																				
Tanggal Diagnosa ditegakkan/ <i>Date of when the Diagnosis was established</i>	..... (dd/mm/yy)																				
Terapi atau tindakan bedah yang diberikan/ <i>Treatment rendered or type of surgery performed</i>	..... Jenis Operasi/ <i>Type of operation</i> <input type="checkbox"/> (Elective) <input type="checkbox"/> (Cito/Emergency)																				
Nama dokter bedah/ <i>Surgeon's name</i>	.....																				
Hasil pemeriksaan laboratorium/Radiologi <i>Results of laboratory tests/Radiology</i>	.....																				
Diagnosa di atas disebabkan/merupakan komplikasi dari/berhubungan dengan <i>Diagnosis was due to/a complication from/related to</i>	<table><tr><td><input type="checkbox"/> Penyakit Kejiwaan/<i>Mental Disorder</i></td><td><input type="checkbox"/> HIV – AIDS/<i>HIV -AIDS</i></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Kecelakaan/<i>Accident</i></td><td><input type="checkbox"/> Usia Lanjut/<i>Geriatric</i></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Kehamilan/<i>Pregnancy</i></td><td><input type="checkbox"/> Kosmetik/<i>Cosmetic</i></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Obat/<i>Drug Abuse</i></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Penyakit akibat Hubungan Seksual/<i>Sexually Transmitted Diseases</i></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Pengobatan Kesuburan - Ketidaksuburan/<i>Treatment for Fertility or Infertility</i></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tumor/Benjolan/Kista/<i>Tumour/Growth/ Cyst</i></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan atau Turunan/<i>Congenital or Hereditary Disease</i></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Lain-Lain (Jelaskan)/<i>Others (Please Describe)</i> :</td><td></td></tr></table>			<input type="checkbox"/> Penyakit Kejiwaan/ <i>Mental Disorder</i>	<input type="checkbox"/> HIV – AIDS/ <i>HIV -AIDS</i>	<input type="checkbox"/> Kecelakaan/ <i>Accident</i>	<input type="checkbox"/> Usia Lanjut/ <i>Geriatric</i>	<input type="checkbox"/> Kehamilan/ <i>Pregnancy</i>	<input type="checkbox"/> Kosmetik/ <i>Cosmetic</i>	<input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Obat/ <i>Drug Abuse</i>		<input type="checkbox"/> Penyakit akibat Hubungan Seksual/ <i>Sexually Transmitted Diseases</i>		<input type="checkbox"/> Pengobatan Kesuburan - Ketidaksuburan/ <i>Treatment for Fertility or Infertility</i>		<input type="checkbox"/> Tumor/Benjolan/Kista/ <i>Tumour/Growth/ Cyst</i>		<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan atau Turunan/ <i>Congenital or Hereditary Disease</i>		<input type="checkbox"/> Lain-Lain (Jelaskan)/ <i>Others (Please Describe)</i> :	
<input type="checkbox"/> Penyakit Kejiwaan/ <i>Mental Disorder</i>	<input type="checkbox"/> HIV – AIDS/ <i>HIV -AIDS</i>																				
<input type="checkbox"/> Kecelakaan/ <i>Accident</i>	<input type="checkbox"/> Usia Lanjut/ <i>Geriatric</i>																				
<input type="checkbox"/> Kehamilan/ <i>Pregnancy</i>	<input type="checkbox"/> Kosmetik/ <i>Cosmetic</i>																				
<input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Obat/ <i>Drug Abuse</i>																					
<input type="checkbox"/> Penyakit akibat Hubungan Seksual/ <i>Sexually Transmitted Diseases</i>																					
<input type="checkbox"/> Pengobatan Kesuburan - Ketidaksuburan/ <i>Treatment for Fertility or Infertility</i>																					
<input type="checkbox"/> Tumor/Benjolan/Kista/ <i>Tumour/Growth/ Cyst</i>																					
<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan atau Turunan/ <i>Congenital or Hereditary Disease</i>																					
<input type="checkbox"/> Lain-Lain (Jelaskan)/ <i>Others (Please Describe)</i> :																					
Bila perawatan dikarenakan kecelakaan, mohon dicantumkan / <i>If the treatment is due to accident, please state:</i>																					
a. Tanggal Kecelakaan/ <i>Date of accident</i>	..... (dd/mm/yy)																				
b. Penyebab Kecelakaan/ <i>Cause of accident</i>	.....																				

Mohon dilanjutkan ke halaman berikutnya/*Please proceed to the next page*



**PT Prudential Life Assurance**  
Prudential Tower  
Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910  
Customer Care: 1500085/ customer.idn@prudential.co.id  
www.prudential.co.id

PT Prudential Life Assurance terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

**RAHASIA**  
*Confidential*

## **SURAT KETERANGAN DOKTER (PHYSICIAN FORM)**

### **Rawat Inap/ Hospitalization**

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah memeriksa penyakit/luka yang diderita oleh pasien tersebut di bawah ini.  
*I hereby certify that I personally examined the illness/injury sustained by the patient mentioned below.*

<p>Apakah pasien pernah konsultasi atau dirawat sebelumnya dengan diagnosa yang sama? <i>Has the patient ever been examined or admitted with the same diagnosis before ?</i></p> <p>a. Tanggal/Date</p> <p>b. Diagnosa/Diagnosis</p> <p>c. Nama Dokter/Name of the Physician</p> <p>d. Nama Rumah Sakit/Name of Hospital</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya/Yes      <input type="checkbox"/> Tidak/No      Bila "Ya", jawab pertanyaan berikut If "Yes", please answer the following questions</p> <p>..... (dd/mm/yy)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Apakah pasien pernah konsultasi atau dirawat sebelumnya ? <i>Has the patient ever been examined or admitted before ?</i></p> <p>a. Tanggal/Date</p> <p>b. Diagnosa/Diagnosis</p> <p>c. Nama Dokter/Name of the Doctor</p> <p>d. Nama Rumah Sakit/Name of Hospital</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya/Yes      <input type="checkbox"/> Tidak/No      Bila "Ya", jawab pertanyaan berikut If "Yes", please answer the following question</p> <p>..... (dd/mm/yy)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Apabila ini kasus rujukan, mohon sebutkan nama dan alamat Dokter pengirim/If this is a referral case, please state the name and address of the referring physician.</p>	<p>.....</p>

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi di atas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan Saya.  
*I declare that the above information is accurate and complete to the best of my knowledge and conviction.*

Tempat & Tanggal/ Place & Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nama Jelas & Tanda Tangan Dokter  
Name and signature of physician

\_\_\_\_\_  
Nama & Stempel Rumah Sakit  
Name and stamp of hospital