

## SURAT KETERANGAN DOKTER

(Diisi oleh Dokter yang merawat untuk klaim group)

Nama Pasien :  No. Peserta :   
 Nama Perusahaan /Pemegang Polis :  Jenis Kelamin :  Pria  Wanita  
 Tanggal Lahir/Umur :  -  -  (tgl-bln-thn) Usia :  thn

### JENIS PELAYANAN MEDIS (beri tanda untuk jenis pelayanan kesehatan yang diberikan)

Rawat Inap       Rawat Bersalin       Rawat Jalan  
 Konsultasi Dokter Umum       Konsultasi Dokter Spesialis       Konsultasi Dokter Gigi

Nama Rumah Sakit :   
 Tanggal Masuk RS (tgl-bln-thn) :  -  -  Tanggal Keluar :  -  -

### Penyakit berhubungan dengan:

Kosmetik       Infertilitas       Lainnya, sebutkan \_\_\_\_\_  
 Psikosomatis/Psikis       Congenital/Hereditas

Diagnosa masuk:	Indikasi Medis Dilakukan Rawat Inap:
	<input type="checkbox"/> Atas permintaan dokter, jelaskan: <input type="checkbox"/> Atas permintaan sendiri
Keluhan utama dan tambahan*:	Sejak kapan pasien mengalami keluhan/gejala tersebut?
Pemeriksaan fisik dan penunjang* :	Terapi dan jenis tindakan/operasi*:
Mohon sebutkan riwayat penyakit sebelumnya (jika ada)	Mohon sebutkan nama dokter yang merujuk pasien (jika ada)
Diagnosa keluar:	

### Informasi dokter yang merawat \*

Dengan ini saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter & Stempel   Tanda tangan dokter	Alamat & No. Telepon Dokter
--	-----------------------------

PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA DARI PASIEN		
Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT MNC Life Assurance atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Peserta. Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.		
Nama Tertanggung/Peserta	Tanda Tangan	Tanggal
_____ (untuk anak < 17 thn dapat diwakilkan oleh wali/orang tua)		

\*) Diisi pada saat pasien selesai mendapat pelayanan medis