

FORMULIR KLAIM MEDIS

(Hanya berlaku untuk satu kali perawatan)

Diisi Pasien / Peserta

Nama Pasien : Umur :Th (LK/PR)

Nama Perusahaan : No. Peserta

TGL Periksa/Masuk RS : Tgl Keluar :

Rumah Sakit / Klinik :Kls Perawatan : (apabila rawat Inap)

Mohon diisi dengan lengkap dan jelas oleh dokter yang merawat :

1.	Anamnesa	
2.	Apakah penyakit ini termasuk	Mohon di beri tanda <input checked="" type="checkbox"/> pada kolom yang berhubungan <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan / Herediter <input type="checkbox"/> Kejiwaan <input type="checkbox"/> PHS <input type="checkbox"/> Gangguan Hormonal <input type="checkbox"/> Lainnya
3.	Pemeriksaan (Fisik, Penunjang)	
4.	Diagnosa (mohon diisi dengan huruf cetak)	
5.	Terapi	
6.	Mengapa pasien sampai perlu di opname	
7.	Tindakan & alasan operasi (indikasi medis)	
8.	Anjuran / Saran	

Saya mengijinkan hasil data medis saya diberikan kepada **ABDA Insurance**