

RESUME MEDIS (DIISI DENGAN LENGKAP OLEH DOKTER YANG MERAWAT)

A. DATA PASIEN/TERTANGGUNG

Nama Pasien/Tertanggung _____ Nomer Rekam Medis _____
 Jenis Kelamin () Laki-laki () Perempuan Tanggal Lahir _____
 Tanggal Perawatan _____ Tanggal Masuk _____ Tanggal Keluar _____

B. RESUME MEDIS

A. ANAMNESISA

- Keluhan utama atau tambahan ? _____
- Sejak kapan keluhan tersebut timbul ? _____
- Adakah penyakit lain yang berhubungan dengan keluhan di atas ? Jika "Ya", mohon sebutkan dan sejak kapan ?

- Apabila disebabkan oleh kecelakaan, kapan dan bagaimana kecelakaan terjadi (tanggal / bulan / tahun) ?

- Jika memerlukan rawat inap, sebutkan indikasi rawat inap tersebut. _____
- Jika kondisi disebabkan karena kehamilan, sebutkan tanggal permulaan kehamilan. _____

B. PEMERIKSAAN FISIK

DIAGNOSA	ICD X	TINDAKAN	ICD IX CM
(1) Principal Diagnosis			
(2) Comorbidity			
(3) Complication(s)			
(4) Other Diagnosis			
(5) External Causes of Injury			

Apakah diagnosa berhubungan dengan:

- Kelainan bawaan () Ya () Tidak
- Kesuburan dan ketidaksuburan () Ya () Tidak
- Kosmetika () Ya () Tidak
- Penyakit kejiwaan () Ya () Tidak

Non Operating Procedures:

- Tracheostomy
- Respirator Support
- Lumbal Fungsi
- _____
- _____

C. ETIOLOGI

D. JIKA MEMERLUKAN PEMERIKSAAN PA/ LAB/ PENUNJANG LAINNYA, APAKAH INDIKASINYA ?

E. TERAPI

Dengan ini saya menyatakan bahwa pernyataan-pernyataan yang saya tulis adalah lengkap dan benar dan dengan ini memahami dan menyetujui bahwa Avrist Assurance dapat menolak klaim yang diajukan dalam formulir ini apabila keterangan dan pernyataan yang saya berikan dalam formulir ini ternyata diketahui tidak benar dan tidak akurat oleh Avrist Assurance.

PERINGATAN : Formulir ini WAJIB diisi dengan lengkap, jika tidak, maka proses klaim akan mengalami hambatan.

 Nama, Alamat & Stempel Rumah Sakit

 Nama Jelas & Tanda Tangan Dokter yang Merawat