

## FORMULIR KLAIM RAWAT INAP DAN TINDAKAN BEDAH

(Diisi oleh Pemegang Polis / Tertanggung)  
 Agar mempercepat proses klaim, harap semua pertanyaan di bawah dijawab dengan benar, lengkap dan jelas

### Yang bertanda tangan di bawah ini :

#### Data Pemegang Polis

1. Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_
2. No Polis/Sertifikat : \_\_\_\_\_
3. No Telpn/HP/ Email/Faksimili : \_\_\_\_\_
4. Alamat : \_\_\_\_\_
5. Jenis Kelamin :  Pria  Wanita

#### Data Pasien

1. Nama Pasien : \_\_\_\_\_
2. Tempat, Tanggal lahir, Usia : \_\_\_\_\_
3. Alamat : \_\_\_\_\_
4. Periode perawatan sejak (tgl/bln/thn) :  /  /  s/d  /  /
5. Nama dan alamat RS : \_\_\_\_\_
6. Nama dokter yang merawat : \_\_\_\_\_
7. No Kartu Pasien/No. Rekam Medis : \_\_\_\_\_

#### Jika Rawat inap karena penyakit

1. Sebutkan keluhan dan gejala yang timbul : \_\_\_\_\_
2. Sejak kapan keluhan timbul : \_\_\_\_\_
3. Nama diagnosa penyakit : \_\_\_\_\_

#### Jika Rawat Inap karena kecelakaan

1. Tempat dan tanggal kecelakaan : \_\_\_\_\_
2. Keadaan luka secara terperinci : \_\_\_\_\_
3. Kronologis kecelakaan : \_\_\_\_\_

#### Jika Rawat inap dilakukan pembedahan

1. Nama tindakan pembedahan : \_\_\_\_\_
2. Nama diagnosa penyakit : \_\_\_\_\_

#### Polis yang dimiliki di perusahaan lain

1. No. polis dan nama perusahaan asuransi : \_\_\_\_\_
2. No. polis dan nama perusahaan asuransi : \_\_\_\_\_

#### Apabila klaim disetujui maka pembayaran ke Pemegang Polis

1. Nama lengkap : \_\_\_\_\_
2. Nama Bank dan Cabang : \_\_\_\_\_
3. No rekening : \_\_\_\_\_
4. Alamat Bank : \_\_\_\_\_

Pengajuan klaim ini harus dilengkapi dengan Surat Keterangan Dokter dan Surat Kuasa Pemberian Rekam Medis

### PERNYATAAN PENGAJU KLAIM

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan benar

Tanggal Penandatanganan : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Tanda Tangan dan Nama Jelas Pemegang Polis

\_\_\_\_\_  
 Tanda Tangan dan Nama Jelas Tertanggung

## SURAT KETERANGAN DOKTER

(Di isi oleh Dokter yang Merawat)

### Data Pasien /Almarhum/Tertanggung

Nama Pasien	:	_____
No Rekam Medis	:	_____
Tanggal lahir	:	_____
Alamat	:	_____
Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Dirawat sejak tanggal	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### Riwayat Penyakit

1. Apa keluhan pasien dan sejak kapan timbul (tgl/bln/thn)? \_\_\_\_\_
2. Hasil pemeriksaan Fisik?
  - a. Tensi : \_\_\_\_\_ b. Nadi : \_\_\_\_\_ c. Suhu : \_\_\_\_\_ d. Pernapasan : \_\_\_\_\_ e. Kesadaran : \_\_\_\_\_
3. Apakah indikasi dilakukannya rawat inap? \_\_\_\_\_
4. Apakah pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien ini (mohon dilampirkan hasilnya)? \_\_\_\_\_
5. Bila pasien mengalami kecelakaan, bagaimana kronologis kecelakaan dan kapan terjadinya (tgl/bln/thn)? \_\_\_\_\_
6. Diagnosa apa yang ditegakkan pada pasien ini? \_\_\_\_\_
7. Sejak kapan diagnosa tersebut ditegakkan (tgl/bln/thn)? \_\_\_\_\_
8. Apakah penyakit yang mendasari diagnosa tsb dan sejak kapan timbul (tgl/bln/thn)? \_\_\_\_\_
9. Apakah terapi yang diberikan? \_\_\_\_\_
10. Jenis operasi (jika dilakukan pembedahan) ? \_\_\_\_\_
11. Pada hari perawatan keberapa pasien diperbolehkan pulang? \_\_\_\_\_

12. Apakah perawatan ini atas permintaan pasien?
13. Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan infertilitas?
14. Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan kehamilan?
15. Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan kejiwaan/psikosomatis?
16. Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan penyakit bawaan/kongenital?
17. Apakah diagnosa diatas ada merupakan penyakit kronis atau episode berulang?

YA	TIDAK	mohon jelaskan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Jika YA, diderita sejak   /   /

### PERNYATAAN DOKTER

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua jawaban di atas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan keyakinan Saya

Nama Dokter	:	_____
Alamat Dokter / RS	:	_____
Spesialisasi	:	_____
NoTelp / HP	:	_____

Tempat dan tanggal	Tanda Tangan Dokter	Cap Rumah Sakit
_____	_____	_____