

Saya menerangkan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit / luka yang diderita pasien tersebut dibawah ini.  
I do certify that I personally examined the Sickness / Injury sustained by patient mentioned below.

**DATA PESERTA/CUSTOMER INFORMATION\*\***

<b>Nama Pasien:</b> Name of Patient	<b>Jenis Kelamin:</b> Gender	<input type="checkbox"/> Perempuan Female
<b>Tanggal Lahir:</b> [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] DOB		<input type="checkbox"/> Laki-laki male

**INFORMASI KESEHATAN / HEALTH INFORMATION\*\***

<b>Nama Rumah Sakit/Klinik:</b> Name of Hospital/Clinic	<b>Nomor RM:</b> Medical Record No
<b>Tanggal Perawatan:</b> ___/___/___ s/d ___/___/___ (dd/mm/year) Date of Hospitalisation until	<b>Jenis Perawatan:</b> Type of Service
	<input type="checkbox"/> Rawat jalan Outpatient
	<input type="checkbox"/> Rawat inap Inpatient

**Keluhan dan Gejala Utama dan tambahan:**  
Primary and/or other Symptoms and Signs

**Sejak kapan keluhan dan gejala tersebut dirasakan oleh pasien?:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/yy)  
Since when the symptoms and signs suffered by the patient?

**Pernakah pasien di diagnosa penyakit yang sama sebelumnya?:** Sejak: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/yy)  
Did the patient get same condition before?

**Jika disebabkan karena kecelakaan, kapankah kecelakaan tersebut terjadi?:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (dd/mm/yy)  
If it is caused by accident, when did the accident occur?

**Indikasi dilakukan Rawat Inap:**  Terapi  Diagnostik  Isolasi  APS/Lainnya, \_\_\_\_\_  
Indication for Hospitalization Therapeutic Diagnostic Isolation Others,

**Diagnosis akhir:**  
Working Diagnose

**Diagnosis/penyakit lain yang menyertai:**  
Other diagnose/illness

**Pemeriksaan fisik saat masuk rumah sakit:**  
Physical examination when enters hospital

**Terapi selama perawatan (Harap sebutkan nama obat, dosis, dll):**  
Treatment during medical care (Please mention medicine, dosage, etc).

**Tindakan atau Nama pembedahan yang dilakukan selama perawatan:** Tanggal / Date: / /  
Procedures or Surgical performed during treatment Jenis Anestesi / Anesthesia:  
Jumlah Dokter Bedah / Number of attending Surgeon(s):  
Jumlah sayatan / Number of incision:

**Alasan memilih Jenis Tindakan atau pembedahan diatas:**  
Reason to choose the above Procedures or Surgery

**Pasien pulang dalam keadaan:**  Sembuh  Meninggal  Lainnya, :  
Patient's condition when discharged Recover Death Other

**Apakah prognosinya?**  
What is the prognosis?

**Apakah diperlukan untuk kontrol? Kapan?**  
Is the control is required? When?

**Tanggal konsultasi pertama kali sehubungan penyakit ini:**  
Date of the first consultation concerning this illness

**Apakah penyakit/kondisi diatas disebabkan atau berhubungan dengan:**  
Is the above sickness / conditions caused by or related to

<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan / Congenital Disorder	<input type="checkbox"/> Gangguan Hormonal / Hormonal Imbalance
<input type="checkbox"/> Kelainan Psikosomatis / Psychosomatic Disorder	<input type="checkbox"/> Kosmetik atau Estetika / Cosmetic or Aesthetic
<input type="checkbox"/> Penyakit Hubungan Sexual / Sexual Transmitted	<input type="checkbox"/> Tumbuh Kembang / Growth Disorder
<input type="checkbox"/> Alkohol/penyalahgunaan obat / Alcohol/drug abuse	<input type="checkbox"/> Disease Kehamilan / Pregnancy
<input type="checkbox"/> Percobaan bunuh diri/melukai diri / Suicide attempt/injuring themselves	<input type="checkbox"/> Kecelakaan / Accident
<input type="checkbox"/> Ketidaksuaburan / Infertility	<input type="checkbox"/> HIV / AIDS

**Dokter/Rumah Sakit yang menunjuk/mengobati/merawat pasien sebelumnya:**  
Doctors/hospitals who refer/treat patient previously

Nama/Name	Alamat/Address	Tanggal Konsultasi/Consultation date

Tempat & Tanggal / Place & Date: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Nama, Tanda tangan & Stempel Dokter/Rumah Sakit  
Name, Signature and stamp of Doctor/Hospital

Demikian semua keterangan yang Saya buat dalam Formulir Keterangan Dokter ini adalah benar, sesuai dengan yang Saya ketahui berdasarkan Catatan Rekam Medis Pasien dan menghormati Sumpah Profesi.  
I hereby certify that all statements made in this Doctor's Statement Form are true and correct to the best of my knowledge, based on the Patient's Medical Records, and made in good faith accordance with Hippocratic Oath.

**PERNYATAAN PASIEN / PATIENTS DECLARATION\***

Dengan ini Saya memberikan kuasa kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia untuk memperoleh/mempertanyakan/mengetahui dari rumah sakit/klinik/dokter/pihak lain yang mempunyai catatan/informasi mengenai keadaan/riwayat kesehatan/pengobatan/perawatan rumah sakit/keterangan lain mengenai diri Saya.  
I hereby authorize PT Chubb Life Insurance Indonesia to obtain/ask/find out from hospital/clinics/doctors/other parties who have records/information about the state/health/medical history/hospital care/other information of myself.

Tempat & Tanggal / Place & Date: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Nama, Tanda tangan & Stempel Peserta/Pasien  
Name, Signature and stamp of member/patient

\* Diisi oleh Tertanggung/Pasien - To be filled by Insured/Patient  
\*\* Diisi oleh Dokter/Rumah Sakit - To be filled by Doctor/Hospital