

#### D. LAPORAN PENGURUS RUMAH SAKIT

- a. Tanggal masuk \_\_\_\_\_ jam masuk \_\_\_\_\_ tanggal keluar \_\_\_\_\_ jam keluar \_\_\_\_\_
- b. Apakah ada Asuransi atau jenis pengobatan lainnya tercatat dalam Catatan rumah sakit, bila "ya" mohon diterangkan terperinci \_\_\_\_\_
- c. Biaya Rumah Sakit kecuali bila kwitansi-kwitansi sudah diberikan kepada penderita, mohon dilengkapi sepe-  
nuhnya.
- i. Biaya kamar dan makan  
Kelas III \_\_\_\_\_ per hari @ \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_ Kelas \_\_\_\_\_ per hari @ \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_  
Kelas \_\_\_\_\_ per hari @ \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_ VIP \_\_\_\_\_ per hari @ \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_
- ii. Operasi atau kamar bersalin \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_ iii. Anesthesia \_\_\_\_\_  
iv. X Rays - (nama) \_\_\_\_\_ v. Laboratorium - (nama) \_\_\_\_\_

vi. E.K.G \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_  
vii. B.M.R \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

viii. Physical  
Therapy \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_  
ix. Ambulance \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

x. Hosp. & Surgical Supplies \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_  
xi. Obat-obatan \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

xii. Inhalation \_\_\_\_\_  
xiii. Intravenous  
Solutions \_\_\_\_\_ liters \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

Therapy \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_  
xiv. Lain-lain \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_  
xv. Lain-lain \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

xvi. \_\_\_\_\_  
xvii. \_\_\_\_\_  
xviii. \_\_\_\_\_  
xix. \_\_\_\_\_

Nama, alamat dari Rumah Sakit \_\_\_\_\_

#### E KETERANGAN YANG DIBERIKAN OLEH PENUNTUT (oleh orang tua bila penuntut dibawah umur)

##### 1. Jika akibat dari suatu kecelakaan:

Bila terjadinya kecelakaan? \_\_\_\_\_  
Berikan uraian singkat kejadiannya \_\_\_\_\_

- Apakah kecelakaan ini dilaporkan kepada seorang petugas Pemerintahan yang berwenang? Jika demikian beri keterangan \_\_\_\_\_
- Apakah pihak lain bertanggung jawab atas luka jasmaniah yang Saudara alami? Bila "ya" berikan penjelasan penjelasan dengan singkat \_\_\_\_\_

##### 2. Umum

Apakah Saudara dipertanggungjawabkan untuk seluruhnya atau sebagian dari biaya pengeluaran tersebut diatas oleh:

- a. Suatu persetujuan "Workmen's Compensation (Astek)? \_\_\_\_\_
- b. Suatu Asuransi kecelakaan atau medis lainnya? \_\_\_\_\_
- c. Suatu Rancangan jaminan pengobatan lainnya? \_\_\_\_\_
- Bila "ya" dan salah satu dari tersebut diatas, mohon terangkan penjelasan-penjelasan selengkapnyanya.

##### 3. Pernyataan

Saya, yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan, bahwa keterangan - keterangan yang tercantum dalam formulir ini adalah sungguh benar. Saya telah memberikan keterangan yang selengkapnyanya atas semua hal yang berhubungan dengan klaim ini, dan jumlah uang yang dituntut didalamnya adalah secara sah berlaku pada saya berdasarkan persyaratan, kondisi dan pengecualian daripada Polis yang bernomor tersebut di atas.

Tanda Tangan Tertanggung

# Pemberitahuan klaim

Catatan : Semua bagian harus diisi. Pada bagian "D" semua keterangan yang bersangkutan harus diisi oleh petugas Administrasi Rumah Sakit atau Dokter yang merawat, kecuali klaim itu sudah terlampir faktur-faktur yang lengkap dan terperinci.

## A. KETERANGAN PENUNTUT KLAIM

Nama penderita \_\_\_\_\_ usia \_\_\_\_\_ alamat \_\_\_\_\_  
Nama tertanggung (untuk polis perorangan) \_\_\_\_\_  
Nama pemegang polis (untuk polis kolektive) \_\_\_\_\_

## B. HAK UNTUK MEMBERIKAN KETERANGAN

Dengan ini saya memberikan hak kepada Dokter dan atau petugas/pengurus Rumah Sakit untuk memberikan setiap keterangan yang diperlukan dalam hubungan dengan pemeriksaan atau pengobatan saya selama ini.

\_\_\_\_\_  
Tanggal

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan; (penderita atau orang tuanya bila ia dibawah umur).

## C. LAPORAN DOKTER YANG MERAWAT

1. a. Diagnosis dari penyakit (terperinci) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
b. Terangkan mengapa sampai perlu diopname \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
c. Apakah gangguan kesehatan yang dirawat disebabkan karena :
  - i. Sakit atau cedera yang disebabkan oleh pekerjaannya? Bila "ya" mohon jelaskan \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - ii. Hamil? Bila "ya" terangkan perkiraan tanggal mulai kehamilan \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. a. Bilamana kecelakaan terjadi atau tanda-tanda (symtoms-nya) pertama kali nampak? \_\_\_\_\_  
b. Bila si penderita pertama kali berkonsultasi pada Saudara untuk gangguan tersebut? \_\_\_\_\_  
c. Sepanjang yang Saudara ketahui, apakah penderita pernah mendapatkan gangguan atau syptom yang sama atau mirip dengan itu sehubungan dengan tersebut diatas? Bila "ya" mohon terangkan dan jelaskan.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. a. Nama dan sifat dari tindakan pembedahan atau obstetri (bila ada). Jelaskan selengkapnya.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
b. Biaya yang dibebankan kepada penderita untuk (a) di atas, termasuk perawatan sesudah pelaksanaan pembedaan. \_\_\_\_\_  
c. Sebutkan tanggal pelaksanaan pembedaan atau tindakan obstetri \_\_\_\_\_  
d. Sebutkan tanggal-tanggal dari :
  - i. Konsultasi-konsultasi selama di luar Rumah Sakit, \_\_\_\_\_ jumlah konsultasi \_\_\_\_\_
  - ii. Kunjungan Dokter selama di Rumah Sakit, \_\_\_\_\_ Jumlah kunjungan \_\_\_\_\_
- e. Bila pelayanan diberikan disuatu Rumah Sakit, terangkan nama dan lamat dari Rumah Sakit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Apakah pelayanan perawatan pribadi dibutuhkan, bila "ya" mohon terangkan untuk berapa hari \_\_\_\_\_
5. Sejauh Saudara ketahui apakah penderita mempunyai Asuransi kesehatan atau sumber santunan lain untuk biaya-biaya perawatannya? Bila "ya", mohon diterangkan \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tanggal

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan Dokter yang merawat

\_\_\_\_\_  
Cap RS/Dokter yang merawat