FORMULIR RAWAT INAP

Nama Perusahaan :……

Nama Karyawan :……

Nama Pasien :……

Usia : Pria / Wanita

No Peserta :……

No Telp/Hp Peserta :……

Status Pasien : [ ] Karyawan [ ] Istri/suami [ ] Anak

Rumah Sakit / Klinik :……

Tanggal Masuk : …… Tanggal Keluar : ……

Anamnesa

1. Keluhan Umum :

2. Sejak kapan pasien mengalami keluhan/gejala tersebut :

3. Adakah penyakit lain yang berhubungan dengan dengan kondisi saat ini, sejak kapan :

4. Jika memerlukan rawat Inap apakah indikasi medis untuk Rawat Inap tersebut :

Pemeriksaan Fisik :……

Pemeriksaan Penunjang :……

Terapi :……

Tindakan medis :……

Diagnosa Utama :……

Diagnosa Tambahan :……

Apakah diagnose Utama/Tambahan berhubungan dengan :

a. Kelainan bawaan atau keturunan : ya / tidak

b. Kesuburan atau ketidak suburan : ya / tidak

c. Kehamilan : ya / tidak

d. Kosmetik : ya / tidak

e. Kejiwaan : ya / tidak

PERNYATAAN KUASA TERTANGGUNG

Bersama ini Saya memberi kuasa kepada PT AJ InHealth Indonesia untuk mendapatkan segala keterangan/catatan medis dari Dokter, Rumah Sakit dan atau pihak lain sehubungan dengan diagnosa dan atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya atau tertanggung lain dari keluarga Saya yang berhak, berdasarkan ketentuan yang berlaku. Saya menerangkan dengan sebenar-benarnya bahwa informasi yang diberikan dalam formulir ini adalah benar

Tanggal:……..

Stempel Dokter

Tanda Tangan Pasien

TTD Dokter Yang Merawat

Formulir ini WAJIB diisi dengan lengkap dan Jelas, Hanya klaim yang memenuhi persyaratan yang akan diproses lebih lanjut