

FORM RAWAT INAP

Lembaran untuk dokter

Teman sejawat yang terhormat,

Untuk melengkapi Persyaratan Pengajuan Klaim ASURANSI KESEHATAN mohon kiranya TS dapat mengisi formulir ini, Selanjutnya mohon disampaikan kepada kami melalui pasien yang bersangkutan.
Terima kasih atas kerjasamanya.

Dengan ini Saya selaku pasien/peserta memberikan izin kepada dokter untuk mengisi formulir ini guna kepentingan BRI Life

Wassalam,
Dokter Perusahaan BRI Life


(dr. Rr. Susiana Dewi)
NIR STR 34.21.100.107.084951

()
Pasi en/Peserta

gunting disini

Harap diisi dengan huruf cetak

Lembaran untuk BRI Life

Nomor Peserta :
 Nama pasien/peserta : _____
 Umur tahun Jenis Kelamin (P=Pria, W=Wanita)
 Nama Perusahaan : _____
 Kota : _____
 Status Pasien : ☐ Karyawan ☐ Istri ☐ Anak
 Nama Rumah Sakit (RS) : _____
 Alamat RS : _____
 Kota : _____ Telepon -
 Tanggal masuk RS : - - Tanggal Keluar RS - -
 Kelas Perawatan : Ruang/Unit/Lantai _____
 Nama Dokter yang merawat : _____
 1. a. Keluhan Utama : _____
 b. Keluhan Tambahan : _____
 2. Kelainan yang ditemukan : _____
 a. Fisik : _____
 b. Laboratorium : _____
 c. Penunjang Lain : _____

3. Diagnosa kerja : _____

4. Pengobatan/Tindakan : _____

5. Prognosa : _____

6. Anjuran : _____

7. Lain-lain : _____

Harap disertakan dengan,
 - Kuitansi Obat/Copy Resep
 - Kuitansi Laboratorium (bila ada)
 - Kwitansi & Foto Copy
 Hasil laboratorium (bila ada)

..... 20

(_____)
 Pasien/Peserta

(_____)
 Dokter