



PT. Asuransi BRI Life  
Gedung Graha Irama, lantai Mezzanine, Jl. H.R. Rasuna Said Blok X - 1 Kav. 1 - 2 Jakarta 12950  
Telp. (021) 5261260 - 61 (hunting), Fax (021) 51400806, website brilife.co.id

### FORMULIR RAWAT INAP (Diisi oleh Dokter)

Nama Pasien : \_\_\_\_\_

Tempat Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Jenis Kelamin :  Laki-Laki  Perempuan

Alamat : Jalan \_\_\_\_\_ Rt/Rw \_\_\_\_ / \_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_  
Kecamatan \_\_\_\_\_ Kelurahan \_\_\_\_\_  
Kota/Kabupaten \_\_\_\_\_ Telepon \_\_\_\_\_

Pekerjaan : \_\_\_\_\_

No Rekam Medis : \_\_\_\_\_

Tanggal Masuk Rumah Sakit (RS) : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Tgl Keluar RS : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

### RIWAYAT & DIAGNOSA

1 a. Keluhan Utama : \_\_\_\_\_

b. Keluhan Tambahan : \_\_\_\_\_

c. Kapan Gejala Pertama Kali : tgl / bln / th \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

2 Kelainan Yang Ditemukan:

a. Fisik : \_\_\_\_\_

b. Laboratorium : \_\_\_\_\_

c. Penunjang Lainnya : \_\_\_\_\_

3 Riwayat Penyakit Dahulu : \_\_\_\_\_ tgl / bln / th \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ ( kapan gejala pertama kali )

4 Diagnosa Kerja : \_\_\_\_\_

Diagnosa tersebut termasuk dalam kategori penyakit: ( kapan gejala pertama kali )

a Kongenital :  tgl / bln / th \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

b Tumor : Jinak  Ganas  tgl / bln / th \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

c Trauma :  tgl / bln / th \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

d Degeneratif :  tgl / bln / th \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

e Infeksi :  tgl / bln / th \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

5 Apakah Indikasi Rawat Inap Dari Diagnosa Tersebut :

\_\_\_\_\_

6 Apakah Rawat Inap Merupakan Permintaan Pasien/Keluarga

Ya

Tidak

7 Pengobatan / Tindakan :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8 Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya untuk keadaan penyakit ini

Ya

Tidak

- Jika jawabannya " Ya" :

Rawat Jalan :

Tgl konsultasi / rawat jalan :

Rawat Inap :

Tgl konsultasi / rawat inap :

Saya, sebagai Dokter yang menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter :

.....

Nama Rumah Sakit :

.....

Alamat Rumah Sakit :

.....

Tanggal,

\_\_\_\_\_  
Tandatangan & Nama Dokter/ SIP Dokter  
(Beserta Cap Rumah Sakit)

Keterangan Tambahan :

Apakah Pasien yang di rawat adalah Pasien rujukan, Jika YA mohon sebutkan :

- Diagnosa :

.....

- Nama Dokter pemberi rujukan :

.....

- Nama Puskesmas / Klinik / Rumah Sakit yang memberi rujukan

.....

- Alamat Puskesmas / Klinik / Rumah Sakit yang memberi rujukan

.....