

SURAT KETERANGAN DOKTER/ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT

Klaim Perawatan Rumah Sakit/Hospitalization Claim

Diisi oleh dokter yang merawat dalam bahasa Indonesia atau Inggris

(Filled in by Attending Physician, In Indonesian or English ONLY)

1. Nama pasien/name of the patient : _____

2. No Identitas / ID or Passport No : _____

3. Tanggal lahir; usia;/Date of Birth; age : 11/1/12

4. Jenis Kelamin/Sex : Laki-laki/Male Perempuan/Female

5. Berat Badan / Weight : 16 Kg

6. Tinggi Badan / Height (optional) : _____ Cm

7. Nomor rekam medis/number of medical record : _____

8. Tanggal Perawatan/Date of Treatment : 17 03 15 s/d to 23 03 15
 Rawat Inap / Inpatient → *for surgery*
 Rawat Jalan / Outpatient → *pre-operative and post-operative follow up*

9. Anamnesa/Anamnesis; riwayat penyakit/ history of disease : *Squint : 2013*

10. Tanggal gejala atau keluhan pertamakali diketahui pasien
Date of first occurrence of the symptom and complain : *early* _____ - *early* 2013 tgl/bln/thn/dd/mm/yyyy.

11. Tanggal pertamakali konsultasi untuk sakit/kelainan ini
Date of first consultation for this disease : _____ - 10 - 2013 tgl/bln/thn/dd/mm/yyyy

12. Nama dan alamat dokter yang merujuk /
Name and address of referral doctor : *NA*

13. Jenis dan hasil pemeriksaan fisik,lab,rontgen,CT Scan,
hasil PA dll
Physical examination result (lab, X-ray, CT scan, clinical
Pathology Result, etc) : *NA*

14. Diagnosa atau dugaan diagnosa/
Final diagnosis or Working Diagnose : *Divergent Squint*

15. Terapi atau tindakan/ therapy or treatment : *Right eye strabismus surgery*

16. Diagnosa diatas berhubungan dengan (beri tanda ✓ pada pilihan)/diagnose above is related to (please ✓ where applicable): *NA*

<input type="checkbox"/> Kesuburan/fertility	<input type="checkbox"/> Penyakit kejiwaan/psychiatry	<input type="checkbox"/> Kecelakaan/accident
<input type="checkbox"/> Penggunaan Kontrasepsi / Contraception	<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan / Congenital	<input type="checkbox"/> AIDS
<input type="checkbox"/> Penyakit kelamin/venereal disease	<input type="checkbox"/> Kehamilan/pregnancy	<input type="checkbox"/> Pekerjaan/occupation

17. Diagnosa tersebut akibat dari / the diagnosis above is as a result of : NO

- Kecelakaan / accident Penyalahgunaan obat bius / drug abuse
 Konsumsi alcohol / alcoholism Olahraga berbahaya / dangerous sport
 Percobaan bunuh diri / suicide attempt Perang atau huru hara / war or riot

18. Apakah kelainan / penyakit diatas menimbulkan cacat/ gangguan : Ya / Yes Tidak / No
fungsi secara tetap? / Will the diagnose cause permanent disability ?

Jika Ya, anggota badan yang mengalami gangguan/cacat tetap
If yes, part of the body suffers for permanent disability NO

- satu anggota gerak/ one limb : atas / upper bawah / lower : ____%
- dua anggota gerak/ two limbs : atas / upper bawah / lower : ____%
- penglihatan / sight : satu mata / one sight dua mata / two sights : ____%

19. Apakah pasien pernah konsultasi/dirawat sebelumnya ? : Ya/yes Tidak/No
Has the patient ever been consulted/hospitalized before?

Jika Ya/If Yes:

- a. tanggal/date : 10-20-13 tgl/bln/thn
dd/mm/yyyy
- b. diagnosa/diagnosis : Right and left alternating squint
- c. nama dokter/name of doctor : myself
- d. nama rumah sakit/name of hospital : _____

20. Faktor / Penyakit lain yang memicu/berkaitan dengan timbulnya
penyakit / kelainan tersebut/Underlying disease related to this
illness/disorder : NIL

21. Bila dilakukan tindakan bedah mohon dijelaskan jenis pembedahan : Right lateral rectus resection
If surgery was done, please explain the type of surgical procedure medial rectus resection

22. Tanggal pembedahan (date of surgery) : 10-03-2015 tgl/bln/thn
dd/mm/yyyy

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab
pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan sebenar-benarnya.
As the doctor handling the care of the above mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions
in this form clearly and completely.

Nama dokter/name of doctor


Spesialisasi/specialization

Alamat/address


FOCAL EYE CENTRE
Mt Elizabeth Novena Specialist Centre, #10-21
38 Irrawaddy Road, Singapore 329563

: Dr Zena Lim
MCR: 09480C
: MBBS (S'pore), FRCS (Edin), MMed (Ophth), FAMS (Ophth)
Medical Director
: Consultant Ophthalmologist
Adult and Paediatric Eye Surgeon
Focal Eye Centre / The Children's Eye & ENT Centre

23/3/15
Tempat & tanggal
Place & date


Tandatangan & stempel dokter/RS
Dr Zena Lim **Signature of doctor & stamp of hospital/doctor**
MCR: 09480C
MBBS (S'pore), FRCS (Edin), MMed (Ophth), FAMS (Ophth)
Medical Director
Consultant Ophthalmologist
Adult and Paediatric Eye Surgeon
Focal Eye Centre / The Children's Eye & ENT Centre

Page 2 of 2