

FORMULIR RAWAT JALAN

(Formulir ini harus diisi dan dilampirkan pada saat pengajuan klaim)

Tanggal :

IDENTITAS PESERTA (WAJIB DIISI LENGKAP)			
No. Index	:	No. KTP	:
Nama	:	Usia	:
No. Polis	:	Status	: Karyawan/Istri/Suami/Anak *)
Nama Perusahaan	:	No. Telp/HP Pasien	:

INFORMASI PERAWATAN (DIISI OLEH DOKTER PEMERIKSA)	
ANAMNESIS	:
PEMERIKSAAN FISIK	:
DIAGNOSA	:

TERAPI : _____ _____ _____	ANJURAN : _____ _____ _____
--	---

CATATAN PENTING

- Pemberian obat dan pemeriksaan penunjang yang tidak sesuai kode etik profesi kedokteran yang berlaku di wilayah Negara Republik Indonesia, maka tidak dijamin.
- Sehubungan dengan limit manfaat yang terbatas, diharapkan dokter yang merawat hanya memberikan tindakan medis dan pengobatan yang sesuai dengan diagnosa, karena biaya tindakan dan pengobatan yang tidak sesuai diagnosa akan menjadi tanggung jawab peserta.

_____ Dokter Pemeriksa, (_____) Dilengkapi Cap, Alamat dan No. Telp Praktek Dokter No HP : _____	DAPAT DIISI JIKA ADA CATATAN TAMBAHAN : _____ _____ _____ _____ _____ _____
---	--

*) Coret yang tidak perlu

FORMULIR INI BERLAKU JIKA PESERTA/ANGGOTA KELUARGA MENANDATANGANI PERNYATAAN DIBAWAH INI :	
PERNYATAAN :	
Dengan ini saya memberi kuasa kepada Dokter untuk memberikan informasi tentang riwayat kesehatan saya, riwayat perawatan Rumah Sakit dan hasil pemeriksaan kesehatan lainnya kepada PT A. J. Central Asia Raya.	
_____, tanggal _____	
Tanda Tangan dan Nama Pasien**	No. HP : _____ (wajib diisi)
Jika ditandatangani oleh anggota keluarga, maka hubungan dengan pasien adalah.....	
**) Apabila pasien karena kondisi kesehatannya tidak memungkinkan atau pasien anak, dan karenanya tidak dapat menandatangani surat pernyataan ini, maka dapat diwakilkan oleh orang tua/anggota keluarga terdekat dengan melampirkan fotocopy KTP.	