PT A.J. CENTRAL ASIA RAYA

FORMULIR DIAGNOSA / RESUME MEDIS

RAWAT INAP/PEMBEDAHAN

Data Pengaju Klaim *)

- Nama Pemegang Polis
- No. Polis

Klaim Diajukan Untuk *)

- Nama Peserta
- No. Index

Laporan Dokter Yang Merawat **)

- Nama Pasien _____ Umur _____
- Diagnosis Awal _____
- Alasan Perawatan _____
- Apakah Pasien pernah dirawat untuk jenis sakit yang sama sebelumnya _____

  Jika "Ya", tanggal berapa perawatan sebelumnya
- Diagnosa Akhir _____
- Terapi yang diberikan _____
- Tindakan pembedahan yang dilakukan (*kalau ada*) _____
- Anjuran _____

Saya yang bertandatangan dibawah ini, dengan ini memberikan kuasa kepada dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi lain serta institusi yang berwenang dalam hal pemberitahuan diagnosa penyakit saya demi keabsahan formulir ini yang diperlukan oleh PT A.J. Central Asia Raya. Izin dan atau kuasa ini tidak menjadi gugur apabila saya meninggal dunia dan salinan atau fotokopi dari pernyataan kuasa ini sama sah dan berlakunya seperti dokumen aslinya.

Jakarta, ..., 2.....