



BAGIAN B. KETERANGAN DOKTER / **MEDICAL RESUME** (Diisi oleh dokter yang merawat/*Filled in by doctor-in –charge*)

Nama pasien/*Patient's Name* : .....

Tanggal perawatan/*Date of hospitalization* : .....s/d (*To*) .....

Anamnesis/Riwayat Penyakit  
*Anamnesis/History of Disease* : .....

.....

.....

Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya sehubungan dengan kecelakaannya ?  Ya /  Tidak /  
*Has the patient ever been consulted/hospitalized before due to the accident ?* Yes No

Bila "YA" , jawab pertanyaan a, b, c & d / *If "Yes" please answer a, b, c, & d*

a. Tanggal/*Date* : .....

b. Nama Dokter/ *Name of Doctor* : .....

c. Alamat lengkap / *Full Address* : .....

d. Diagnosa / *Diagnose* : .....

Jenis serta hasil pemeriksaan fisik ,lab, rontgen, CT scan, hasil PA dll yg dilakukan/ *Physical examination result, (lab,X-ray,CTscan,ClinicalPathologyResult,etc)*: .....

.....

Diagnosa/*Diagnose* : .....

Obat-obat yang diberikan/*Treatment* : .....

Operasi/*Operation* : .....

Jika dirawat oleh lebih dari 1 ( satu dokter ), sebutkan nama dokter dan spesialisasinya/ *if the Patient was taken care by more than 1 (one) doctor, please state the name and the specialization of the doctor* :  
.....  
.....  
.....

Keadaan pada waktu pulang/ *Patient's condition when discharge from hospital*:  
 Membaik / *Better*  
 Pulang paksa / *leaving without doctor's permission*

Kapan pasien diminta kontrol kembali / *when does the patient must consult again?* .....

Apakah kecelakaan diatas dapat menimbulkan cacat/gangguan fungsi secara tetap ?  
*Does the accident cause a permanent disability or permanent functional disorder?*

Tidak / *No*  
Ya / *Yes* Bagian tubuh mana yang akan mengalami cacat tersebut ? .....

*Which part of the body that becomes permanent disability?*

Berapa persen (%) gangguan fungsi/cacat tetap tersebut ?  %

*How many percentage that permanent disability?*

Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan : .....Tahun/ *Year* .....Bulan/*Months*  
*The estimation duration that needs for rehabilitation:*

*Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar / I, as a doctor who treat the patient, certify that I have read and answered the above questions completely and correctly*

Nama Dokter / *Name of Doctor* : .....

Nama Rumah Sakit / *Name of Hospital* : .....

Alamat Rumah Sakit / *Address of Hospital* : .....

.....

Telepon / *Phone* : .....

.....

.....

Tempat & Tanggal  
*Place & Date*

Tandatangan & Nama Dokter  
*Signature & Name of Doctor*

Cap Rumah Sakit  
*Stamp of Hospital*

