

BAGIAN B. KETERANGAN DOKTER / MEDICAL RESUME

(diisi oleh dokter yang merawat / filled in by doctor-in-charge)

RESUME MEDIS MEDICAL RESUME		
Nama Pasien <i>Patient's Name</i>	:	
Tanggal perawatan <i>Date of hospitalization</i>	: s/d (To) :	
Anamnesis / Riwayat Penyakit <i>Anamnesis / History of illness</i>	: : :	
<p>Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya sehubungan dengan kecelakaannya? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <i>Have the patient ever been consult / hospitalized previously in relation to the accident?</i> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Bila "YA"; jawab pertanyaan a, b, c & d / If "Yes" please answer a, b, c & d</p>		
a. Tanggal / Date	:	
b. Nama Dokter / Name of Doctor	:	
c. Alamat lengkap / Full Address	: : :	
d. Diagnosa / Diagnose	: :	
<p>Pemeriksaan fisik dan jenis pemeriksaan penunjang yang dilakukan / Physical examination and detail of diagnostic examination : : :</p>		
Diagnosa / Diagnose	:	
Obat-obat yang diberikan / Given medicines	:	
Operasi / Surgery	:	
<p>Jika dirawat oleh lebih dari 1 (satu) dokter, sebutkan nama dokter dan spesialisasinya <i>If the patient was taken care by more than 1 (one) doctor, please state the name and the specialization of the doctor</i> : :</p>		
<p>Apakah kecelakaan di atas dapat menimbulkan cacat / gangguan fungsi secara tetap? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <i>Does the accident cause a permanent disability or permanent functional disorder?</i> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Jika Ya, bagian tubuh mana yang akan mengalami cacat tersebut? <i>If Yes, which part of the body that becomes permanent disability?</i> :</p> <p>Berapa persen (%) gangguan fungsi / cacat tetap tersebut? <i>How many percentage (%) the permanent functional disorder / permanent disability?</i> : %</p> <p>Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan <i>The estimation duration that needs for rehabilitation</i> : Tahun / Year Bulan / Months</p>		
INFORMASI PEMBERI LAYANAN KESEHATAN INFORMATION OF HEALTH INSTITUTION PROVIDER		
<p>Saya, sebagai Dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. <i>I, as a Doctor who treat the patient, certify that I have read and answered the above questions completely and correctly</i></p>		
Nama Dokter <i>Name of Doctor</i>	:	
Spesialis <i>Specialist</i>	:	
Lokasi Pelayanan <i>Location</i>	: <input type="checkbox"/> Praktek Pribadi <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Rumah Sakit <i>Practitioner Clinic Hospital</i>	
Alamat <i>Address</i>	: : :	
Kota <i>City</i>	: No. Telepon <i>Phone Number</i> :	
Tempat & Tanggal <i>Place & Date</i>	Tanda tangan & Nama Dokter <i>Signature & Name of Doctor</i>	Cap Rumah Sakit <i>Hospital Stamp</i>