

Saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa saya telah memeriksa penyakit / luka yang di derita pasien tersebut dibawah ini :

Nama pasien : ----- Nomor Medical Record : -----
Tanggal Mulai dirawat : ----- Tanggal Pasien keluar Perawatan : -----

ANAMNESA

Keluhan Utama dan/ atau tambahan :	
Sejak Kapan keluhan tersebut dirasakan : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / _____ Tahun	
Apakah ada penyakit lain yang berhubungan dengan keluhan / gejala tsb diatas :	
Apakah Keluhan / gejala tsb disebabkan oleh Kecelakaan ? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Jika YA, mohon sebutkan kapan ? <input type="checkbox"/>	
Apakah Indikasi Rawat Inap ?	
Pemeriksaan Fisik :	
Apakah Diagnosa Utama ?	
Apakah Diagnosa Tambahan	
Apakah diagnosa penyakit berhubungan dengan :	
<input type="checkbox"/> kelainan bawaan/turunan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	- <input type="checkbox"/> Kosmetik <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Fertilitas / Infertilitas <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	- <input type="checkbox"/> Kejiwaan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Kehamilan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Terapi :	
Tindakan :	
Anjuran :	
Bila Perawatan berhubungan dengan kecelakaan, mohon jelaskan !	
Tanggal Kecelakaan :	Penyebab Kecelakaan :
Prognosis :	Pasien pulang dalam keadaan :

Tempat & Tanggal

Nama jelas & Tanda-tangan & Stempel Dokter

Nama & Stempel Rumah Sakit

Form-Clm-08-01-02-2016