

Diisi oleh bagian administrasi rawat inap atau bagian penjaminan

INFORMASI PESERTA

Nama RS	Tanggal masuk : (Tgl) / (Bln) / (Thn) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	No Medical Record
Nama Pasien	Pangkat /NRP	No. Peserta ASABRI
Kelas Perawatan (3/2/1/ VIP/ VVIP)	Tarif Kamar Yang Ditempati . Rp	
Alasan menggunakan kelas kamar lebih tinggi (<i>hanya bila naik kelas</i>)		
<input type="checkbox"/> Kamar sesuai Hak Tidak Tersedia	<input type="checkbox"/> Kamar Penuh	<input type="checkbox"/> Atas Permintaan Sendiri

INFORMASI PERAWATAN

Keluhan Awal Masuk : _____

Diagnosa Masuk Rawat Inap : _____

Adakah Tindakan Operasi
 Tidak Ya, Jenis Operasi _____

Kondisi Pasien Saat Ini : _____

Laboratorium : _____ Hasil Pemeriksaan : _____
 Pemeriksaan Penunjang Lain : _____ Hasil Pemeriksaan : _____

Apakah Masih Memerlukan Perpanjangan Rawat Inap
 Tidak Ya, alasannya _____

Diagnosa Saat Ini : _____

Rencana Perawatan
 Non Operasi Operasi, Jenisnya : _____

Terapi Yang Diberikan _____

Apakah penyakit tersebut berhubungan dengan Kecelakaan Kerja
 Ya Tidak, Sebutkan : _____

Perkiraan Lama Rawat Inap Lanjutan Sejak Hari Ini
 _____ Hari

PERNYATAAN PASIEN / ATAS NAMA PASIEN

1 Dengan ini saya yang bertanda tangan dibawah ini sebagai pasien/atas nama pasien memberi kuasa kepada PT ASABRI (Persero), untuk bertindak atas nama saya meminta segala keterangan/dokumen yang berkaitan dengan perawatan/ pengobatan saya, termasuk data medis saya sebelumnya, dari RS/Klinik/Praktisi medis yang pernah merawat saya, untuk digunakan dalam memproses klaim ini.

2 Saya setuju untuk menanggung semua biaya yang tidak diganti oleh PT ASABRI (Persero)

 Tanda Tangan dan Nama Jelas pasien/ Keluarga
 No KTP : _____
 Hubungan dengan pasien : _____
 Tanggal : _____

Tanggal: _____
 Diketahui, Dokter yang merawat

 Tanda tangan dan nama jelas
 Disertai dengan stempel RS

Bidang Perawatan PT ASABRI (Persero)
 Call Center : 1500043 / 08111-622-133
 Email : jkk@asabri.co.id