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

## RESUME MEDIS / *MEDICAL RESUME*

Tanggal pelayanan / *Date of Treatment* : ..... ( tanggal / bulan / tahun ) *( date / month / year )*

Anamnesa / *Symptoms* : .....

Diagnosis lengkap / *Diagnose* : .....
( sebutkan Gigi yang menderita sakit tersebut / *Stated number of teeth* )

Penyakit ini termasuk / *This illness is due to categorized as* : ☐ Tumor / *Tumour* ☐ Kelainan Bawaan / *Congenital* ☐ Kejiwaan / *Psychiatric* ☐ Kelamin / *STD* ☐ Kehamilan / *Pregnancy*
☐ Kelainan Tumbuh Kembang / *Development Disorder* ☐ Lainnya / ..... *Others*

Tindakan Medis / *Medical Treatment* : .....
( Jika tindakan lebih dari 1, Harap dilampirkan Perincian Biaya / *If medical treatment more than one, please give the details* )

Indikasi Tindakan / *Indication* : ☐ Indikasi Medis / *Medical Indication* ☐ Indikasi kosmetik / *Cosmetic Indication*

Obat – obatan / *Medicine* : .....

Pemeriksaan Penunjang / *Additional Examination* : .....

Vaksinasi / *Vaccination* : Jenis Vaksinasi / ..... *Type of Vaccination*

Khusus Gigi / *Dental Treatment* : ☐ Perawatan Karang Gigi *Scaling* ☐ Tindakan Lain / : ..... *Others*

Tanggal Kontrol kembali / *Date of next Consultation* : .....

## INFORMASI PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN / *INFORMATION OF HEALTH INSTITUTION*

*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* : .....

Lokasi Pelayanan / *Location* : ☐ Praktek Pribadi / *Practitioner* ☐ Klinik / *Clinic* ☐ Rumah Sakit / *Hospital*

Alamat Lengkap / *Address* : .....

Kota / *City* : ..... No. Telepon / *Phone No.* .....

| Tempat & Tanggal<br>*Place & Date* | Tandatangan & Nama Dokter<br>*Signature & Name of Doctor* | Cap Rumah Sakit<br>*Stamp of Hospital* |
|---|---|---|