



Tanggal perawatan / Date of treatment

(Tgl bln thn / dd mm yyyy)

Anamnesa Penyakit
History of the disease

[Empty box for Anamnesa Penyakit]

Diagnosa / Diagnose

[Empty box for Diagnosa / Diagnose]

Penyakit ini termasuk /
The illness is due to categorized as

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tumor / Tumours | <input type="checkbox"/> Vaksinasi / Vaccination |
| <input type="checkbox"/> Bawaan / Congenital | <input type="checkbox"/> Kesuburan / Ketidaksuburan
Fertility / Infertility |
| <input type="checkbox"/> Kejiwaan / Mental Disorder | <input type="checkbox"/> Kehamilan / Pregnancy |
| <input type="checkbox"/> Kelamin / Sexual Transmitted Disease | <input type="checkbox"/> Kosmetik / Cosmetic |
| <input type="checkbox"/> Kelainan Tumbuh Kembang/
Development Disorder | <input type="checkbox"/> Lainnya / Others |

Terapi / Tindakan / Anjuran
Therapy / Treatment / Suggestion

[Empty box for Terapi / Tindakan / Anjuran]

Saya menyatakan bahwa semua keterangan di atas adalah benar sepanjang pengetahuan saya.
I declare that the answer above are true and correct to the best of my knowledge.

Ditandatangani di / Sign in

Tanggal / Date

Nama Rumah Sakit / Klinik yang merawat :

.....

Alamat :

.....

Nama jelas & tandatangan Dokter, stempel RS / Klinik
Name & Signature of Physician with Hospital/Clinic's stamp