
RENCANA PERAWATAN (*TREATMENT PLAN*)
UNTUK FISIOTERAPI/KIROPRAKTIK/AKUPUNTUR (*FOR*
***PHYSIOTHERAPY/CHIROPRACTIC/ACUPUNCTURE*)**

Seluruh bagian harus diisi secara lengkap (*All sections must be completed in full*)

BAGIAN A- DATA PASIEN (*SECTION A - EXAMINEE DETAILS*)

Nama Pasien (<i>Name of Patient</i>)		Jenis Kelamin (<i>Sex</i>)
Tanggal Lahir (<i>Date of Birth</i> (DD/MM/YYYY))	No. Anggota (<i>Member No.</i>)	No. Polis (<i>Policy No.</i>)
Untuk Polis Asuransi Kumpulan, mohon cantumkan nama Pemegang Polis (<i>If this is a group insurance Policy, state the name of the Policyholder</i>)		

BAGIAN B - RENCANA PERAWATAN YANG DIREKOMENDASIKAN OLEH DOKTER YANG MERAWAT
(*SECTION B - TREATMENT PLAN RECOMMENDED BY THE ATTENDING PHYSICIAN*)

Diagnosis (<i>Diagnosis</i>)		
Perawatan yang Direkomendasikan (<i>Recommended Treatment</i>)		
Apakah pasien memerlukan perawatan Fisioterapi / Kiropraktik / Akupunktur? (harap dilingkari) (<i>Does the patient require Physiotherapy / Chiropractic / Acupuncture treatment? (please circle)</i>)	Ya (Yes) ☐	Tidak (No) ☐
Jenis perawatan yang diperlukan (<i>Type of treatment required</i>)		
Jumlah sesi yang diperlukan (<i>How many sessions does the patient require?</i>)		
Expected completion date of treatment (<i>Perkiraan tanggal penyelesaian perawatan</i>)		
Apakah pasien memerlukan perawatan luka? (<i>Does the patient require wound care?</i>)	Ya (Yes) ☐	Tidak (No) ☐

Jenis perawatan luka yang diperlukan <i>(Type of wound care required)</i>
Jumlah kunjungan yang diperlukan untuk perawatan luka? <i>(Numbers of visits required for wound care?)</i>
Expected completion date of wound care treatment <i>(Perkiraan tanggal penyelesaian perawatan luka)</i>
Apakah pasien memerlukan kunjungan tindak lanjut? <i>(Does the patients require follow-up visit(s)?)</i> Ya (Yes) ☐ Tidak (No) ☐
Jumlah kunjungan tindak lanjut yang diperlukan <i>(Numbers of follow-up visit(s) required?)</i>
Tanggal kunjungan tindak lanjut terakhir <i>(Date of last follow-up)</i>

Nama dokter yang merawat <i>(Name of Attending Physician)</i>	:	
Alamat <i>(Address)</i>	:	
Telepon No. <i>(Telephone No.)</i>	:	
Alamat e-mail <i>(E-mail)</i>	:	
Tanggal <i>(Date)</i>	:	
Tanda Tangan Dokter yang Merawat beserta Stempel <i>(Signature of Attending Physician with Stamp)</i>	:	