

SURAT KETERANGAN DOKTER

Dengan ini saya _____

Dokter _____ menerangkan :

Nama : _____

Jenis Kelamin : _____

Umur : _____

Pekerjaan : _____

Alamat : _____

Bahwa pasien dengan diagnosis _____

dengan telinga kanan rata-rata _____ dB, telinga kiri rata-rata _____ dB,

Dan *memerlukan/tidak memerlukan ALAT BANTU DENGAR untuk *telinga kanan/telinga kiri/

telinga kanan dan kiri sejumlah _____ buah

Demikian keterangan ini, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Yogyakarta,

Dokter yang memeriksa

*coret yang tidak perlu

Surat ditandatangani oleh dokter THT dan dicap oleh RS

Mohon untuk dapat melengkapi :

1. Bukti hasil konsultasi dari pemeriksaan Audiometri / BERA / ASSR dengan melampirkan Surat Keterangan dari Dokter Spesialis THT yang menjelaskan bahwa :
 - a. Tertulis angka penurunan pendengaran (dalam dB)
 - b. Alat Bantu Dengar untuk telinga kanan / telinga kiri / telinga kanan dan kiri (jumlahnya)