PT Great Eastern Life Indonesia
Menara Karya Lt. 5
Jl. H. R. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 1-2
Jakarta Selatan 12950 – Indonesia
Telp : (+62) 21 2554 3888

Customer Contact Centre
(+62) 21 2554 3800 (Senin - Jumat, 09.00-17.00 WIB)
(+62) 811 956 3800 (Senin - Jumat, 09.00-17.00 WIB)
wecare-id@greateasternlife.com
www.greateasternlife.com/id

Great Eastern
A member of the OCBC Group

Surat Keterangan Kesehatan

(diisi oleh Pemeriksa Kesehatan)

Nama Calon Tertanggung : _____ Jenis Kelamin : _____

Pekerjaan : _____ Usia : _____ thn. _____ bln.

Dokter pemeriksa diminta untuk mengirimkan Surat Keterangan ini di dalam amplop tertutup, karena merupakan rahasia antara dokter pemeriksa dengan perusahaan. Dokter pemeriksa juga diminta untuk tidak memberitahukan informasi apapun mengenai hasil pemeriksaan kepada calon Tertanggung.

Bentuk Badan a) Tinggi badan (tanpa sepatu) _____ cm b) Berat Badan dengan/tanpa sepatu _____ Kg. c) Lingkar leher _____ cm	d) Lingkar perut melewati pusat : _____ cm e) Lingkar dada saat menarik nafas : _____ cm (melewati papila mammae) f) Lingkar dada saat mengeluarkan nafas : _____ cm
JAWABLAH PERTANYAAN-PERTANYAAN DI BAWAH INI	**BERI PENJELASAN PADA KOLOM DI BAWAH INI**
1 a) Kenalkah saudara dengan calon ? Apakah hubungan saudara dengan calon ? b) Apa yang menjadi bukti dirinya ? c) Sepadankah umur dan rupanya ? d) Adakah tanda-tanda luar yang memberi kesan bahwa calon menderita suatu penyakit atau bertabiat kurang baik ? Jelaskan !	No. KTP/SIM/Paspor : _____
2. Telinga, Hidung, Tenggorokan, Mata a) Apakah mulut, gigi dan lidah dalam kondisi sehat ? b) Apakah ada kelainan pada mata serta pupil ? c) Apakah ada gangguan pada telinga, hidung dan tenggorokan ? d) Adakah kelainan-kelainan pada leher, misalnya gejala-gejala Basedow, Struma atau gangguan Thyroid lainnya ?	
3. Kerangka, Otot dan Urat Syaraf a) Bagaimanakah keadaan kerangka, otot dan gizinya ? b) Adakah prasangka penyakit pada otak, spinal atau urat syaraf ? c) Bagaimana reflek-reflek lutut, Achili, perut, Cremaster, Babinski ? d) Adakah tanda-tanda kelainan neurologik, misalnya Tremor, Paralyse, dll. ?	
4. Sirkulasi Darah a) Tekanan Darah **Pengukuran diulangi sesudah 5 menit, jika tekanan darah lebih dari 140/90.** b) Nadi :	- Sistolik ..... mmHg - Diastolik..... mmHg

Keterangan	Istirahat	Tekuk lutut 10x	5 Menit kemudian
frekwensi per menit			
Pulsus ireguler/ Defisit			

c) Adakah tanda-tanda peripheral vascular disease ?
d) Adakah tanda Oedema Extremitas atau Oedema tubuh lainnya ?

PT Great Eastern Life Indonesia
Menara Karya Lt. 5
Jl. H. R. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 1-2
Jakarta Selatan 12950 – Indonesia
Telp : (+62) 21 2554 3888

Customer Contact Centre
(+62) 21 2554 3800 (Senin - Jumat, 09.00-17.00 WIB)
(+62) 811 956 3800 (Senin - Jumat, 09.00-17.00 WIB)
wecare-id@greateasternlife.com
www.greateasternlife.com/id

Great Eastern
A member of the OCBC Group

5. Rongga dada dan Paru-paru a) Adakah kelainan pada bentuk rongga dada ? b) Apakah pernafasan simetris dan teratur ? c) Adakah kelainan pada Perkusi dan Auskultasi ? d) Adakah calon Asthmatis ?	
6. Jantung a) Dimanakah Ictus Cordis dapat diraba ? b) Adakah tanda-tanda pembesaran jantung ? c) Adakah tanda-tanda dekompensasi kordis ? d) Adakah murmur atau bunyi-bunyi jantung yang tidak normal ?	Jelaskan lokasi, waktu, intensitas, kualitas dan transmisi murmurnya !
7. Perut dan Alat-alat Rongga Perut a) Bagaimana keadaan dinding perut dan isi perut misalnya nyeri tekan ? b) Apakah lambung dan usus sehat ? c) Apakah hepar dan lien sehat ? Adakah nyeri tekan/lepas/pembesaran ? d) Adakah bekas-bekas operasi ? e) Adakah Hernia ?	Jelaskan sebabnya !
8. Alat-alat kelamin (Urogenitalis) a) Bagaimanakah kedaan ginjal ? Nyeri ketok Costovertebral ? Ballotement ? b) Adakah tanda-tanda Syphilis, Gonorhoe ? c) Adakah tanda-tanda Stricture atau Kencing batu ? d) Adakah pembesaran Prostat atau kelenjar-kelenjar lain ? e) Hasil pemeriksaan kemih (harus dikeluarkan pada waktu pemeriksaan)	Warna _____ Reaksi _____ Berat Jenis _____ Glukosa _____ Kristal _____ Albumin (Protein) _____
9. a) Adakah tanda-tanda proses/penyakit keganasan, tumor atau pembesaran pada organ/jaringan tubuh ? Jelaskan lokasi, sifat-sifat dan tindak lanjut yang diperlukan ! b) Adakah tanda-tanda kemungkinan menderita gangguan imunologis misalnya AIDS atau pembesaran kelenjar limfe ?	
10. Khusus Wanita ! a) Apakah colon pernah/sedang menderita kelainan pada rahim (Uterus) dan Payudara (Mamae) ? b) Apakah ada kelainan dalam kehamilan dan menstruasi ? c) Apakah calon saat ini hamil ? d) Kapan terakhir bersalin ?	Bulan keberapa : .....
11. Kesimpulan a) Berdasarkan pemeriksaan saudara, apakah masih ada yang memerlukan pemeriksaan spesialist ? b) Apakah menurut saudara calon dapat diterima ? c) Berilah keterangan-keterangan yang kurang baik atas kesehatan calon selanjutnya !	

Saya menyatakan bahwa saya benar-benar melihat dan telah memeriksa kesehatan calon Tertanggung, pada jam .....
hari ....., tanggal ..... 20 .....

Tanda tangan calon Tertanggung

Tanda tangan Dokter Pemeriksa

Pendapat Penasehat Medis

Nama Dokter : .....
No. Ijin Praktek : .....
Alamat Praktek : .....
.....

N. B. PERIKSALAH JAWABAN ANDA TERLEBIH DAHULU DAN PASTIKANLAH TIDAK ADA PERTANYAAN YANG TERLEWATI