

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

d) Lingkar perut melewati pusat : _____ cm

b) Berat Badan dengan/tanpa sepatu _____ Kg.

e) Lingkar dada saat menarik nafas : _____ cm
(melewati papilla mammae)

c) Lingkar leher _____ cm

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.

- Sistolik mmHg
 - Diastolik..... mmHg

b) Nadi :

Keterangan	Istirahat	Tekuk lutut 10x	5 Menit kemudian
frekuensi per menit			
Pulse irregular/Defisit			

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

Nomor Induk Berusaha (NIB) : 9120217121238

045/M/NBU/V/2023

5. Rongga dada dan Paru-paru a) Adakah kelainan pada bentuk rongga dada ? b) Apakah pernafasan simetris dan teratur ? c) Adakah kelainan pada Perkusia dan Auskultasi ? d) Adakah calon Asthmatis ?	
6. Jantung a) Dimanakah Ictus Cordis dapat diraba ? b) Adakah tanda-tanda pembesaran jantung ? c) Adakah tanda-tanda dekompenasi kardis ? 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 hepap dan lien sehat ? d) Adakah nyeri tekan/lepas/pembesaran ? e) Adakah bekas-bekas operasi ? f) Adakah Hernia ?	Jelaskan sebabnya !
8. Alat-alat kelamin (Urogenitalis) a) Bagaimanakah kedaan ginjal ? Nyeri ketok Costovertebral ? Ballotement ? b) Adakah tanda-tanda Syphilis, Gonorrhoe ? 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 !	

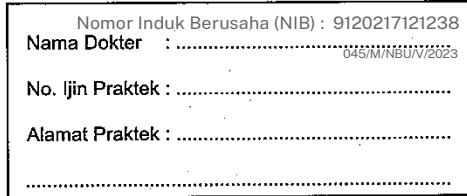
Saya menyatakan bahwa saya benar-benar melihat dan telah memeriksa kesehatan calon Tertanggung, pada jam
 hari , tanggal 20

Tanda tangan calon Tertanggung



PT Great Eastern Life Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.
Pendapat Penasehat Medis
Halaman 2 dari 2

Tanda tangan Dokter Pemeriksa



Nomor Induk Berusaha (NIB) : 9120217121238
Nama Dokter : 045/M/NBU/V/2023

No. Ijin Praktek :

Alamat Praktek :

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