

Surat Keterangan Dokter untuk Klaim Cacat Tetap Total

1. Nama pasien/ <i>Name of the patient</i>	:			
2. No Rekam Medik/ <i>Medical Record No</i>	:			
3. Usia/Age	:	_____ Tahun/ <i>Years old</i>		
4. Jenis Kelamin/ Sex	:	☐ Laki-laki/ <i>Male</i> ☐ Perempuan/ <i>Female</i>		
5. Tanggal perawatan/ <i>Date of treatment</i>	:	[][] [][] [][] s/d / to [][] [][] [][]		
6. Anamnesa/ <i>Anamneses</i> : Riwayat Penyakit/ <i>History of disease</i> :	:			
	:			
7. Tanggal gejala atau keluhan pertamakali diketahui pasien <i>Date of first occurrence of the symptom and complain</i>	:	[][] - [][] - [][][][]	tgl/bln/thn (<i>day/month/year</i>)	
8. Tanggal pertamakali konsultasi untuk sakit tersebut <i>Date of first consultation for this disease</i>	:	[][] - [][] - [][][][]	tgl/bln/thn (<i>day/month/year</i>)	
9. Nama dan alamat dokter yang merujuk/ <i>Name and address of referral doctor</i>	:			
	:			
10. Jenis dan hasil pemeriksaan fisik,lab,rontgen,CT Scan, hasil PA dll / <i>Physical examination result (lab, X-ray, CT scan, clinical Pathology Result, etc)</i>	:			
	:			
	:			
11. Diagnosa atau dugaan diagnose/ <i>Final diagnosis or working diagnosis</i>	:			
	:			
	:			
12. Tanggal pertamakali diagnosa ditegakkan/ <i>Date of first diagnose</i>	:	[][] - [][] - [][][][]	tgl/bln/thn / <i>day/month/year</i>	
13. Diagnosa diatas berhubungan dengan (beri tanda pada pilihan)/ <i>Diagnose above is related to (please where applicable):</i>				
☐ Kesuburan/ <i>Fertility</i>		☐ Penyakit kejiwaan/ <i>Psychiatry</i>	☐ Kecelakaan/ <i>Accident</i>	
☐ Penggunaan Kontrasepsi/ <i>Contraception</i>		☐ Kelainan Bawaan/ <i>Congenital</i>	☐ AIDS	
☐ Penyakit kelamin/ <i>Venereal disease</i>		☐ Kehamilan/ <i>Pregnancy</i>	☐ Pekerjaan/ <i>Occupation</i>	

Tandatangan & stempel RS/Dokter
Signature of doctor & stamp of hospital/doctor

14. Diagnosa tersebut akibat dari/*The diagnosis above is as a result of* :

- ☐ Kecelakaan/Accident ☐ Penyalahgunaan obat bius/Drug abuse
☐ Konsumsi alcohol/Alcoholism ☐ Olahraga berbahaya/Dangerous sport
☐ Percobaan bunuh diri/Suicide attempt ☐ Perang atau huru hara/War or riot

15. Apakah pasien pernah konsultasi/dirawat sebelumnya?
Has the patient ever been consulted/hospitalized before?
Jika Ya/If Yes:

: ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No

- a. Tanggal/Date : -- tgl-bln-thn /day-month-year
b. Diagnosa/Diagnosis : _____
c. Nama dokter/Name of doctor : _____
d. Nama rumah sakit/Name of hospital : _____

16. Faktor / Penyakit lain yang memicu/berkaitan dengan timbulnya penyakit / kelainan tersebut / *Underlying disease related to this illness/disorder* :

Uraian singkat penyakit / Brief Description of Illness(es)	Tanggal Diagnosa (tgl/bln/thn) / Date(s) Diagnosed (DD/MM/YY)	Nama dan alamat dokter yang merawat / Name and address of attending doctor

17. Mohon berikan informasi lain sehubungan dengan perawatan yang dapat membantu proses klaim ini / *Please provide any further information which in your opinion would be useful in the assessment of this claim*

Keterangan rinci mengenai total yang tidak dapat disembuhkan pada/*Detail of Total Permanent Disability:*
Mohon berikan tanda pada pilihan dibawah ini yang sesuai dengan kondisi pasien saat ini/*Please where applicable.*

Kehilangan fungsi penglihatan total yang tidak dapat disembuhkan pada/ *The total and irrecoverable loss of sight of.*

- ☐ 2 Mata/ 2 Eyes
☐ 2 Mata/ 2 Eyes : ☐ Mata Kanan/Right Eye ☐ Mata Kiri/Left Eye

Kehilangan fungsi pada/*The loss of function of:*

- ☐ 2 Tangan/2 Hands, (pada atau diatas pergelangan tangan/ at or above wrist)
☐ 2 Kaki/2 Legs, (pada atau diatas pergelangan kaki / at or above ankle)
☐ 1 Tangan/1 Hand, (pada atau diatas pergelangan tangan/ at or above wrist)
☐ Tangan Kanan/Right Hand ☐ Tangan Kiri/Left Hand
☐ 1 Kaki/1 Left, (pada atau diatas pergelangan tangan/ at or above ankle)
☐ Kaki Kanan/Right Leg ☐ Kaki Kiri/Left Leg

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan sebenar-benarnya.

As the doctor handling the care of the above mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely.

Nama dokter/Name of doctor : _____

Alamat/Address : _____

Tempat & tanggal
Place & Date

Tandatangan dokter & stempel rumah sakit / dokter
Signature of doctor & stamp of hospital/doctor