

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK KLAIM CACAT TETAP TOTAL
ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT FOR TOTAL PERMANENT DISABILITY CLAIM

1. Nama pasien/ *Name of the patient* : _____

2. No Rekam Medik/ *Medical Record No* : _____

3. Usia/Age : _____ Tahun/*Years old*

4. Jenis Kelamin/ *Sex* : Laki-laki/*Male* Perempuan/*Female*

5. Tanggal perawatan/ *Date of treatment* : s/d / to

6. Anamnesa/*Anamnesis*: Riwayat Penyakit/*History of disease*: _____

7. Tanggal gejala atau keluhan pertamakali diketahui pasien : -- tgl/bln/thn (*day/month/year*)
Date of first occurrence of the symptom and complain

8. Tanggal pertamakali konsultasi untuk sakit tersebut : -- tgl/bln/thn (*day/month/year*)
Date of first consultation for this disease

9. Nama dan alamat dokter yang merujuk/ : _____
Name and address of referral doctor

10. Jenis dan hasil pemeriksaan fisik,lab,rontgen,CT Scan, : _____
hasil PA dll / *Physical examination result (lab, X-ray, CT scan, clinical Pathology Result, etc)*

11. Diagnosa atau dugaan diagnose/ : _____
Final diagnosis or working diagnosis

12. Tanggal pertamakali diagnosa ditegakkan/ : -- tgl/bln/thn / *day/month/year*
Date of of first diagnose

13. Diagnosa diatas berhubungan dengan (beri tanda \surd pada pilihan)/*Diagnose above is related to (please \surd where applicable)*:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kesuburan/ <i>Fertility</i> | <input type="checkbox"/> Penyakit kejiwaan/ <i>Psychiatry</i> | <input type="checkbox"/> Kecelakaan/ <i>Accident</i> |
| <input type="checkbox"/> Penggunaan Kontrasepsi/ <i>Contraception</i> | <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan/ <i>Congenital</i> | <input type="checkbox"/> AIDS |
| <input type="checkbox"/> Penyakit kelamin/ <i>Venereal disease</i> | <input type="checkbox"/> Kehamilan/ <i>Pregnancy</i> | <input type="checkbox"/> 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* : _____
APS-TPD-012015

- 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? : Ya/Yes Tidak/No
Has the patient ever been consulted/hospitalized before?
 Jika Ya/If Yes:

- 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