

Customer Contact Centre

T: (021) 2554 3800 (Senin - Jumat, 08.30-17.30) F: (021) 5794 4719
SMS 0812-129-3800 Ketik *INFO
Email : wecare-ID@greataeasternlife.com

**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/*Anamneses*: 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

Customer Contact Centre

T: (021) 2554 3800 (Senin - Jumat, 08.30-17.30) F: (021) 5794 4719
 SMS 0812-129-3800 Ketik *INFO
 Email : wecare-ID@greasternlife.com

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kecelakaan/Accident | <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan obat bius/Drug abuse |
| <input type="checkbox"/> Konsumsi alcohol/Alcoholism | <input type="checkbox"/> Olahraga berbahaya/Dangerous sport |
| <input type="checkbox"/> Percobaan bunuh diri/Suicide attempt | <input type="checkbox"/> 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 | : | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | 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 / <i>Brief Description of Illness(es)</i>	Tanggal Diagnosa (tgl/bln/thn) / <i>Date(s) Diagnosed (DD/MM/YY)</i>	Nama dan alamat dokter yang merawat / <i>Name and address of attending doctor</i>

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