

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. Nomor rekam medis/*Number of medical record* : _____
6. Tanggal perawatan/*Date of treatment* : s/d / to
7. Anamnesa/*Anamneses*; Riwayat penyakit/*History of disease*: _____

8. Tanggal gejala atau keluhan pertamakali diketahui pasien /
Date of first occurrence of the symptom and complain : -- tgl/bln/thn / *day/month/year*
9. Tanggal pertamakali konsultasi untuk sakit tersebut /
Date of first consultation for this disease : -- tgl/bln/thn / *day/month/year*
10. Nama dan alamat dokter yang merujuk /
Name and address of referral doctor : _____

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

12. Diagnosa atau dugaan diagnosa/
Final diagnosis or working diagnosis : _____

13. Tanggal pertamakali diagnosa ditegakkan/
Date of of first diagnose : -- tgl/bln/thn / *day/month/year*
14. 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> |

Perhatian / Attention

Mohon menjawab juga pertanyaan pada halaman selanjutnya
Please also answer the questions on the next page

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

15. 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

16. Apakah pasien pernah konsultasi/dirawat sebelumnya ? : Ya/Yes Tidak/No
Has the patient ever been consulted/hospitalized before?
 Jika Ya/If Yes: : - - tgl-bln-thn /day-month-year
- a. Tanggal/Date : _____
- b. Diagnosa/Diagnosis : _____
- c. Nama dokter/Name of doctor : _____
- d. Nama rumah sakit/Name of hospital : _____

17. 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>

18. 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 assesment of this claim*
- _____
- _____

**Keterangan rinci mengenai Cacat Tetap Total yang diderita/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
- 1 Mata/1 Eye : 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 kaki /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