

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK KLAIM PA/CACAT
ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT FOR DISABILITY CLAIM

Nama pasien/ *Name of the patient* : _____

No Rekam Medik/ *Medical Record No* : _____

Tanggal Lahir / *Date of birth* : _____

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

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

Anamnesa/*Anamneses*: Riwayat Penyakit/*History of disease*: _____

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

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

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

Diagnosa atau dugaan diagnose/ *Final diagnosis or working diagnosis* : _____

Tanggal pertama kali diagnosa ditegakkan/ *Date of first diagnose* : - - tgl/bln/thn / *day/month/year*

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> HIV / AIDS | <input type="checkbox"/> Penggunaan narkoba dan obat terlarang/ <i>Drug abuse</i> |
| <input type="checkbox"/> Konsumsi alcohol/ <i>Alcoholism</i> | <input type="checkbox"/> Olahraga berbahaya/ <i>Dangerous sport</i> |
| <input type="checkbox"/> Percobaan bunuh diri/ <i>Suicide attempt</i> | <input type="checkbox"/> Perang atau huru hara/ <i>War or riot</i> |
| <input type="checkbox"/> Kecelakaan / <i>Accident</i> | |

Jika akibat kecelakaan, mohon jelaskan kronologis singkat / *If caused by accident, please describe chronology of the accident*

Penyakit / *Disease*

Jika akibat penyakit, mohon jelaskan penyakit apa ? / *If caused by disease, please explain the disease ?*

Sejak kapan penyakit tersebut mulai diderita ? / *Since when did the disease is suffered ?*

Bagian Tubuh yang mengalami cacat
Part of body baing disabled : _____

Tindakan yang telah dilakukan
Treatment that have been taken : _____

Sifat cacat / *Nature of disability* Sementara / *Temporary* Tetap / *Permanent*
Bila bersifat sementara, mohon jelaskan / *If temporary, please explain*

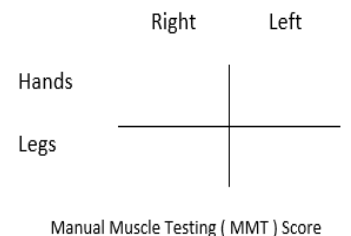
Keterangan rinci mengenai cacat total yang tidak dapat disembuhkan / *Detil of total permanent disability* :
Mohon berikan tanda \surd pada pilihan dibawah ini yang sesuai dengan kondisi pasien saat ini / *Please \surd where applicable.*

- Kehilangan fungsi pengelihatan 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*

VOD : _____ VOS : _____

- Kehilangan anggota tubuh pada / *Lost of limbs 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 Leg* (pada atau diatas pergelangan kaki / *at or above ankle*)
 Kaki kanan / *Right leg* Kaki kiri / *left leg*

- Kehilangan fungsi anggota tubuh pada / *Lost of function of* :
 2 Tangan / *2 Hands* (pada atau diatas pangkal lengan / *at or above base of the arm*)
 2 Kaki / *2 Legs* (pada atau diatas pangkal paha / *at or above groin*)
 1 Tangan / *1 Hand* (pada atau diatas pangkal lengan / *at or above*)
 Tangan kanan / *Right hand* Tangan kiri / *Left hand*
 1 Kaki / *1 Leg* (pada atau diatas pangkal paha / *at or above groin*)
 Kaki kanan / *Right leg* Kaki kiri / *left leg*



Apakah pasien pernah konsultasi/dirawat sebelumnya? *Has the patient ever been consulted/hospitalized before?* Ya/ Yes Tidak/No

Jika Ya / *If Yes* :
Kapan / *When* : _____
Diagnosa / *Diagnosis* : _____
Nama Dokter / *Name of doctor* : _____
Nama rumah sakit / *Name of hospital* : _____

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