



**SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM CACAT TOTAL DAN TETAP /  
ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT FOR TOTAL AND PERMANENT DISABILITY CLAIM**

**Diisi oleh Dokter yang Merawat (Filled by Treating Doctor)**

**Catatan Penting (Note):**

- Mohon untuk mengisi formulir dengan lengkap dan benar sesuai dengan fakta yang sebenarnya / *Please fill this form completely and correctly in accordance with the actual facts.*
- Mohon untuk mengisi formulir dengan huruf cetak / *Please fill in the form in block letters*
- Apabila kolom yang ada tidak mencukupi, mohon di tuliskan di lembar lainnya / *If the space is not enough, please written on other sheets.*
- Setiap koreksi di dalam formulir ini wajib di paraf oleh Dokter yang merawat / *Any correction in this form must be initialed by the Treating Doctor.*
- Terima kasih atas kesediaan Anda untuk melengkapi dan mencantumkan tanda tangan, tanggal dan stempel pada formulir Klaim ini / *Thank you for completing this medical Claim form with your signature, date and stamp on this form.*

**A. INFORMASI ADMINISTRASI / ADMINISTRATIVE DETAILS**

|  |   |                      |
|--|---|----------------------|
| No. Rekam Medis / <i>Medical Record Number</i> | : | <input type="text"/> |
| Nama Pasien / <i>Patient's Name</i>            | : | <input type="text"/> |
| Tanggal Lahir / <i>Date of Birth</i>           | : | <input type="text"/> |
| Jenis Kelamin / <i>Sex</i>                     | : | <input type="text"/> |

**B. INFORMASI MEDIS / MEDICAL DETAILS**

|  |   |                      |    |                      |
|--|---|----------------------|----|----------------------|
| 1. Tanggal perawatan/ <i>Date of Hospitalization</i>   | :   | <input type="text"/> | to | <input type="text"/> |
| 2. Diagnosa / <i>Diagnose</i>  | :   | <input type="text"/> |    |                      |
| 3. Etiologi Diagnosa / <i>The Etiology of Diagnose</i>   | :   | <input type="text"/> |    |                      |
| 4. Tanggal pertama kali konsultasi untuk penyakit yang diderita / <i>Date of first consultation for this condition</i>   | :   | <input type="text"/> |    |                      |
| 5. Gejala / Keluhan utama yang muncul / <i>Main Symptoms</i>   | :   | <input type="text"/> |    |                      |
| 6. Tanggal Gejala / Keluhan pertama kali dirasakan / <i>Date of first symptoms occurred</i>  | :   | <input type="text"/> |    |                      |
| 7. Tanggal diagnosa diberitahukan kepada pasien / <i>(The date of the diagnosis was notified to the patient)</i>   | :   | <input type="text"/> |    |                      |
| 8. Apakah diagnosa tersebut menimbulkan cacat atau gangguan fungsi secara tetap? / <i>(Does it cause permanent disability or malfunction?)</i>   | _____   |                      |    |                      |
| 9. Bila "ya" berapa persen gangguan fungsi atau cacat tetapnya? / <i>(If "yes" what percentage of malfunctioning or permanent disability?)</i>   | _____   |                      |    |                      |
| 10. Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan? / <i>(Estimated time needed for healing?)</i>   | _____   |                      |    |                      |
| 11. Bila cacat yang diderita mengenai tangan, mohon penjelasan pasien ini kidal atau tidak? / <i>(If the disability affects the hand, please explain whether this patient is left-handed or not?):</i> | _____   |                      |    |                      |
| 12. Apakah pasien sudah mengetahui Diagnosa / keluhan tersebut sebelum berkonsultasi / <i>Did the patient know the Diagnose or main symptoms before the consultation:</i>                              | <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No |                      |    |                      |
| Jika "YA" / If "YES", sejak kapan / <i>since when</i>  | :   | <input type="text"/> |    |                      |



13. Apakah pasien pernah di diagnosa dengan segala kondisi medis / penyakit yang mendasari / menjadi penyebab kondisi saat ini / *Has Patient been diagnosed with any underlying medical condition that predisposed Him / Her to the current condition?*  Ya/Yes  Tidak/No

Jika 'YA', mohon sebutkan kondisi medis / penyakit tersebut / *If 'YES' please state the condition:*

14. Tanggal diagnosa ditegakkan / *Date of Diagnose*

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

### C. INFORMASI PENGOBATAN / *TREATMENT DETAILS*

1. Apakah ada pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk menentukan Diagnosis *Any additional examination conducted to define Diagnose ?*  Ya/Yes  Tidak/No

Jika "YA", Mohon penjelasan / *If "YES", Please provide details:*

| Tanggal Pemeriksaan Penunjang / <i>Date of Supporting Examination</i> (dd/mm/yyyy) | Nama Pemeriksaan Penunjang / <i>Name of Supporting Examination</i> | Hasil / <i>Result</i> |
|--|--|-----------------------|
|  |  |                       |
|  |  |                       |
|  |  |                       |

2. Mohon dijelaskan tindakan pengobatan medis yang diberikan / *Kindly describe the medical treatment measures has been given*

| Jenis Tindakan / <i>Type of Treatment</i> | Indikasi Medis Tindakan / <i>Medical Treatment Indication</i> |
|---|---|
|   |   |



**D. KONDISI INI DISEBABKAN OLEH / KOMPLIKASI DARI / BERHUBUNGAN DENGAN / THIS CONDITION IS CAUSED BY / COMPLICATION OF / RELATED TO:**

|   | YA / YES                 | TIDAK / NO               |   |   |   |   |   |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|---|---|---|---|---|---|--------------------------|--------------------------|
| <p>1. Kecelakaan / Accident</p> <p>Jika 'YA', tanggal kecelakaan / If 'YES' date of accident:</p> <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 20px;"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table> | D                        | D                        | M | M | Y | Y | Y | Y | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D   | D                        | M                        | M | Y | Y | Y | Y |   |                          |                          |
| (a) Uraikan bagaimana kecelakaan terjadi / Description of how the accident happened   |                          |                          |   |   |   |   |   |   |                          |                          |
| (b) Gambaran cedera / luka / Description of the extend of bodily injury   |                          |                          |   |   |   |   |   |   |                          |                          |
|   |                          |                          |   |   |   |   |   |   |                          |                          |
| 2. Melukai diri sendiri / Self – inflicted injury   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |                          |                          |
| 3. Bunuh diri / committed suicide?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |                          |                          |
| 4. Kehamilan, Infertilitas, Sub-Fertilitas, kelahiran, KB, sterilisasi, Keguguran atau Aborsi / Pregnancy, Infertility, Sub-Fertility, Childbirth, Birth Control, Sterilization, Miscarriage or Abortion?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |                          |                          |
| 5. Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan kejiwaan atau psikosomatis / Is the condition associated with mental disorder or psychosomatic?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |                          |                          |
| 6. Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan cacat lahir atau kelainan bawaan / Is the condition associated with a birth defect or congenital disease?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |                          |                          |
| 7. Alasan kosmetik / Cosmetic reason  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |                          |                          |
| 8. Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan penyakit menular seksual atau penyakit yang berhubungan dengan HIV / AIDS / Is the condition associated with Sex transmitted disease or HIV / AIDS related illness?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |                          |                          |
| 9. Alkoholisme atau penyalahgunaan obat-obatan atau segala cedera atau penyakit yang diderita setelah mengkonsumsi cairan dan obat-obatan yang berbahaya / Alcoholism or drug abuse or any injury or illness suffered after taking intoxicating liquors or drugs?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |                          |                          |
| 10. Obesitas, penurunan berat badan atau peningkatan berat badan / Obesity, weight reduction or weight improvement?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |                          |                          |
| 11. Perawatan dan pengobatan Gigi / Dental care and treatment?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |                          |                          |

**E. RIWAYAT MEDIS / MEDICAL RECORD**

1. Apakah pasien pernah berkunjung ke / dirawat di RS ini / RS lain sebelumnya, baik disebabkan oleh hal yang sama ataupun berbeda dalam kurun waktu 5 tahun terakhir / Has the Patient visited to / been admitted to this Hospital / any Hospital previously, either for the same or different cause within 5 years?

| Tanggal Perawatan / Date of Treatment (DD/MM/YYYY) | Nama Rumah Sakit / Name of Hospital | Nama Dokter / Name of Doctor | Diagnosa / Diagnosis |
|--|-------------------------------------|------------------------------|----------------------|
|  |                                     |                              |                      |
|  |                                     |                              |                      |
|  |                                     |                              |                      |

2. Riwayat penyakit sebelumnya / Patient Medical History:

| Riwayat Penyakit / History of Disease | Diderita sejak / Onset Date (dd/mm/yyyy) | Pengobatan / Name of Medicine | Sejak kapan obat dikonsumsi / Since when this Medicine is consumed (dd/mm/yyyy) | Apakah obat masih dikonsumsi sampai sekarang / Are this medicine still consumed until now? | Jika TIDAK, kapan obat tersebut berhenti dikonsumsi / If NO, when this medicine is stopped? (dd/mm/yyyy) |
|---------------------------------------|--|-------------------------------|---|--|--|
|                                       |  |                               |   | YES / NO   |  |
|                                       |  |                               |   | YES / NO   |  |
|                                       |  |                               |   | YES / NO   |  |



## F. RENCANA PENGOBATAN SELANJUTNYA / FUTURE TREATMENT PLAN

1. Bagaimana respon pasien terhadap pengobatan / Patient's respon to the Treatment:

\_\_\_\_\_

2. Apakah ada rencana pengobatan lanjutan / Is further Treatment planned?  YA / YES  TIDAK / NO

Jika "Ya", mohon dijelaskan rencana pengobatan lanjutan yang pasien butuhkan saat ini (termasuk kapan dilakukan dan apa indikasi medisnya) / If 'Yes' please specified any follow up Treatment currently needed by Patient (including plan date and medical reason for the treatment)

\_\_\_\_\_

3. Apakah pasien dirujuk ke Dokter lain untuk tindak lanjut atau pengobatan lanjutan / Was the patient referred to other doctor (s) for follow up or further treatment?

YA / YES  TIDAK / NO

Jika 'YA', mohon sebutkan nama dan alamat dokter serta alasan dirujuk / If 'YES', please state name and address of doctor and the reason (s) for refferal

\_\_\_\_\_

4. Apakah ada kemungkinan untuk dilakukan Pembedahan lanjutan / Any likelihood of further Surgery to be required?  YA / YES  TIDAK / NO

Jika 'YA', mohon penjelasan / If 'YES' please provide details:

| Jenis Pembedahan /<br>Type (s) of Surgery (s) | Indikasi Medis Pembedahan /<br>Medical Indication of Surgery | Perkiraan Tanggal Pembedahan /<br>Tentative date (s) of Surgery (dd/mm/yyyy) |
|---|--|--|
|   |  |  |
|   |  |  |

## G. PERNYATAAN DOKTER / MEDICAL PRACTICIONARE DECLARATION

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya adalah Dokter yang merawat Pasien ini dan Saya memberikan keterangan dengan lengkap dan benar sesuai dengan pengetahuan yang Saya miliki dan sesuai dengan kondisi Pasien pada saat perawatan/ I Hereby declare that I am the Doctor who treats this Patient and I provide the correct information in accordance with the knowledge I have and in accordance with the Patient's condition at the time of Treatment.

Tanggal / Date: / /  (DD/MM/YYYY)

Tandatangan Dokter & Stempel Rumah Sakit / Klinik  
(Doctor's Signature and Hospital or Clinic's stamp:

Nama / Name: \_\_\_\_\_

SIP (Licence Number): \_\_\_\_\_