

**SURAT KETERANGAN DOKTER Untuk Klaim Ketidakmampuan**

(Diisi oleh Dokter)

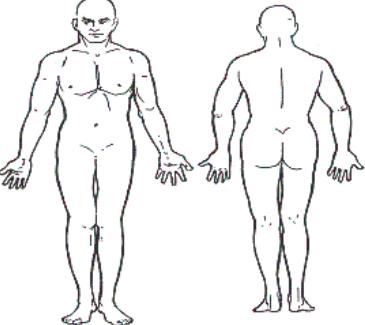
Kepada Yth. Dokter yang merawat/mengobati.

Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan yang Dokter Ketahui. Terima kasih.

Data-data Pasien	
Nama Pasien : _____	No. Pasien / Rekam Medis : _____
Tanggal Lahir / Umur : _____ / _____ / _____ atau _____ tahun,	Jenis kelamin : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Alamat Pasien : _____	Pekerjaan : _____
Pasien ini berkonsultasi / mengunjungi Sejawat oleh karena : <input type="checkbox"/> Luka / Cidera <input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Lainnya : _____	
Tanggal Pemeriksaan : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tanggal / bulan / tahun
Tanggal Perawatan : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> s.d. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jika karena Penyakit DIAGNOSA Penyakit & Penyebabnya : _____ Tanggal diDiagnosa : _____	_____
Jika karena Luka / Cidera sebagai akibat dari KECELAKAAN Tanggal terjadinya Kecelakaan : _____ Tempat / Lokasi terjadinya Kecelakaan : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tanggal / bulan / tahun
Jika Pasien ini wanita, apakah DIAGNOSA di atas berhubungan dengan kehamilannya ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Mohon jelaskan : _____
Apakah Pasien ini mengunjungi Sejawat lebih dari satu kali untuk berkonsultasi ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
Jika YA Tanggal pertama konsultasi ? Berapa kali Pasien ini telah berkonsultasi dengan Sejawat ? Mohon berikan seluruh data konsultasi / kunjungan Pasien ini sejak pertama hingga terakhir kali * Tanggal kunjungan : _____ Keluhan dan gejala : _____ Diagnosa Penyakit atau Luka / Cidera-nya : _____ *: Gunakan lembar tambahan jika diperlukan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tanggal / bulan / tahun _____ Kali <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tanggal / bulan / tahun _____
Jika TIDAK Kapan pertama kali Pasien ini berkonsultasi dengan Sejawat ? Keluhan & gejala Penyakit atau Luka / Cidera-nya : _____ Diagnosa Sejawat atas Penyakit atau Luka / Cidera-nya : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tanggal / bulan / tahun _____
Hasil pemeriksaan fisik (tensi, denyut jantung/ nadi, cor-pulmo, dll.) Hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, X-ray, EKG, PA, dll.) ** ** : mohon berikan kami fotocopi dari hasil pemeriksaan penunjang Pasien ini	Tensi : _____ Nadi : _____ Suhu : _____ Pernafasan : _____ Kesadaran : _____
Akibat Penyakit atau Luka / Cidera-nya, Apakah : Telah terdapat komplikasi ? Terjadi Kelumpuhan / kehilangan fungsi ? Mohon jelaskan bagian tubuh yang mengalami kelumpuhan / kehilangan fungsi : Pasien menjadi tidak mampu bekerja secara total ? Pasien kehilangan satu anggota tubuh ? - Kedua anggota tubuh ? Pasien kehilangan penglihatan satu mata? - Kedua mata ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika YA, diderita sejak : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal/ bulan/ tahun) <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____



SURAT KETERANGAN DOKTER Untuk Klaim Ketidakmampuan

<p>Keadaan Penyakit atau Luka / Cidera-nya saat ini :</p> <hr/> <p>Lokasi Penyakit atau Luka / Cidera-nya : (mohon beri tanda pada gambar di samping)</p>	
<p>Apakah Ketidakmampuan / Cacat Pasien ini akan menetap selamanya ?</p> <p>Jika YA, mohon berikan KEMUNGKINAN Pasien dapat memulai kembali untuk suatu pekerjaan berpenghasilan :</p> <p>Jika TIDAK, Kapan Pasien ini diperkirakan akan pulih kembali dan dapat bekerja ?</p>	<p><input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal/ bulan/ tahun)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal/ bulan/ tahun)</p> <p>_____</p>
<p>Mengingat pekerjaan Pasien sebelum Sakit atau Luka / Cidera, apakah setelah adanya Cacat, ia akan dapat melakukan pekerjaannya kembali ?</p> <p>Jika YA, Mohon jelaskan secara rinci :</p> <p>Jika TIDAK, Mohon berikan Contoh bidang pekerjaan yang masih akan dapat dikerjakan-nya :</p>	<p><input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Apakah ada keadaan lain (misal : cacat fisik, riwayat penyakit dahulu, atau ketergantungan zat/obat/ narkotik, alkohol, dll.) yang turut berperan dalam terjadinya PENYAKIT atau LUKA / CEDERA Pasien ini atau memperpanjang masa istirahat (invalid) ?</p>	<p><input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK</p> <p>Mohon Jelaskan :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Nama & alamat dokter / rumah sakit lainnya yang telah mengobati Pasien ini untuk Penyakit atau Luka / Cidera yang sama :</p> <p>Tanggal Konsultasi :</p> <p>Nama & alamat dokter / Rumah Sakit :</p> <p>Keterangan lain, pengobatan, operasi, dll.</p>	<p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal/ bulan/ tahun)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Mohon berikan keterangan lainnya yang Sejauh pikiran atau perkiraan ada hubungannya dengan Penyakit atau Luka / Cidera-nya ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.</p> <p>Nama Dokter : Spesialisasi :</p> <p>Alamat Dokter / RS : No. Telepon / HP :</p> <p>Tempat & Tanggal _____</p> <p>Tandatangan Dokter _____</p> <p>Cap Rumah Sakit _____</p>	