



Surat Keterangan Dokter untuk Rawat Inap, Kecelakaan Diri, dan Cacat Total & Tetap

Medical Certificate for Inpatient, Personal Accident, and Total & Permanent Disability

Diisi oleh Dokter yang Merawat

Filled by Treating Doctor

Nama Pasien/Tertanggung
Name Patient/Insured

Jenis kelamin
Gender

Pria
Male

Wanita
Female

Tanggal lahir (Tanggal/bulan/tahun)
Date of birth (Date/month/year)

 / /

No. Registrasi/Rekam Medis
Registration No.

Jenis Layanan
Type of Service

Kecelakaan Diri
Personal Accident

Rawat Inap
Inpatient

Rawat Jalan
Out Patient

Cacat Total dan Tetap
Total and Permanent Disability

Apakah yang menyebabkan kondisi ini?
What caused this condition?

Penyakit
Disease

Kecelakaan
Accident

Tanggal date
 / /

Apakah saat ini telah timbul kecacatan pada Pasien/Tertanggung?
Is the disability present to the patient/Insured at this moment?

Ya Yes

Tidak No

Apakah kecacatan tersebut bersifat cacat permanen/tetap?
Is the disability permanent?

Ya Yes

Tidak No

Mohon jelaskan organ yang terkena sehubungan dengan kecacatan ini
Which organ is affected by the disability

Tanggal rawat
Treatment date

 / /

s/d to

 / /

Sejak kapan Pasien/Tertanggung berkonsultasi dengan dokter?
Since when the Patient/Insured attend medical consultation with you?

 / / / / / /

Mohon dokter jelaskan diagnosa secara lengkap dan kapan diagnosa tersebut ditegakkan?
Please provide the complete diagnosis and when diagnosis was established?

Mohon jelaskan bentuk gejala dan riwayat penyakitnya, beserta tanggal dan lamanya penyakit yang diderita
Please describe the symptoms and history of the disease, date and duration?

Tanggal Date

 / /

Gejala Symptoms

Keterangan Remark

Mohon jelaskan faktor risiko, penyebab, maupun penyakit lain termasuk saat pertama kali terjadinya penyakit ini
Please explain risk factors, causes, or other diseases including when this disease first occurred

Faktor resiko, penyebab penyakit Risk factors, cause of the disease

Kapan Pasien/Tertanggung pertama kali mengetahui dirinya menderita penyakit ini? Berikan penjelasannya
When did the Patient/Insured first become aware of his/her illness? Please give the explanation

Tanggal Date

 / /

Jika diketahui, mohon sebutkan nama dan alamat dokter spesialis/rumah sakit yang pernah dikunjungi Pasien/Tertanggung sebelumnya
Please provide us the name and address of doctor specialists/hospitals visited by the Patient/Insured before he/she was under treatment

Mohon jelaskan pemeriksaan diagnostik yang sudah dilakukan
Please provide us your detailed any diagnostic test

Tanggal Date

 / /

Jenis pemeriksaan diagnostik Type of diagnostic test

Hasil Results

Mohon sebutkan tindakan bedah, pengobatan, dan saran yang telah diberikan beserta tujuannya

Please describe any surgery or suggestion given to the Patient and the purpose of such medications/suggestions

Tanggal Date

□	□	/	□	□	/	□	□	□	□
d	d		m	m		y	y	y	y

Jenis tindakan bedah/pengobatan/saran Type of surgery/medication/suggestion

Bagaimana prognosis dalam 12 bulan mendatang?

What is the prognosis in the next 12 months?

<input type="checkbox"/> Baik, Pulih 100 % Good, 100% recovered	<input type="checkbox"/> Tidak ada kemungkinan pulih, karena bersifat permanen No possibility of recovery, permanent disorder	<input type="checkbox"/> Lainnya Others:	_____
<input type="checkbox"/> Selamanya membutuhkan alat bantu berupa Permanently need aids, i.e	_____	_____	_____

Apakah diagnosa berhubungan/disebabkan oleh:

What is the diagnosis related to/caused by:

Olahraga Sports	<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No	Kehamilan, pengobatan atas kesuburan Pregnancy, treatment for fertility	<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No
Percobaan/usaha bunuh diri Suicide attempt	<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No	Penyakit akibat hubungan seksual Sexually transmitted disease	<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No
Alkohol/minuman keras Alcohol	<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No	Obat terlarang Drug abuse	<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No
Penggunaan obat terlarang atau narkotika The use of illegal drugs or narcotics	<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No	HIV/AIDS HIV/AIDS	<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No
Penyakit kejiwaan Mental disorder	<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No	Kosmetik Cosmetic	<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No
Kelainan bawaan atau keturunan Congenital or hereditary disease	<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No	Kecelakaan Accident	<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No

Apakah Pasien/Tertanggung mengalami ketidakmampuan permanen untuk:

Does the Patient/Insured have permanent inability to:

Berpakaian: kemampuan untuk memakai dan menanggalkan pakaian sendiri tanpa bantuan orang lain Dressing: the ability to put and take off clothing without assistance.	<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No
Bergerak: kemampuan untuk pindah dari ruang ke ruang sendiri tanpa bantuan orang lain Mobility: the ability to move from room to room without physical assistance	<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No
Berpindah: kemampuan naik ke maupun turun dari tempat tidur, atau duduk maupun bangkit dari kursi sendiri tanpa bantuan orang lain Transfer: the ability to get in and out of bed or chair without assistance	<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No
Pembuangan: kemampuan untuk mengontrol sistim pembuangan tubuh Continence: the ability to control bowel and bladder function	<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No
Makan: kemampuan untuk menyuapkan makanan dari piring ke mulut sendiri tanpa bantuan orang lain Feeding: the ability to get food from a plate into the mouth without assistance	<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No
Mandi: kemampuan untuk membersihkan badan di kamar mandi sendiri tanpa bantuan orang lain. Bathing and showering: the ability to bathe and shower without assistance	<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No

Jika ditinjau dari jenis pekerjaannya, apakah keadaan yang dialami Pasien dapat menghambat pekerjaan seperti biasa?

Taking into consideration the Patient occupation, do you feel the injuries prevented him/her from carrying out all of his occupational duties

<input type="radio"/> Ya Yes	<input type="radio"/> Tidak No
------------------------------	--------------------------------

Apakah ada keterangan/informasi tambahan yang ingin dokter sampaikan kepada kami?

Is there any additional information that you would like want to tell us?

Saya, dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan tersebut di atas adalah benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini.

I hereby declare that the foregoing answers are true and correct to the best of my knowlegde and belief.

Dokter Doctor	_____
Rumah Sakit Hospital	_____
Alamat Rumah Sakit Hospital Address	_____

Tempat & Tanggal Place & Date	Tandatangan Dokter Doctors Signature	Cap Rumah Sakit Stamp of the Hospital
----------------------------------	---	--