

## FORMULIR KLAIM CACAT DIISI OLEH DOKTER DISMEMBERMENT/DISABILITY CLAIM FORM FILLED BY THE DOCTOR

Mohon agar setiap pertanyaan di bawah ini dapat diisi dengan lengkap.

*Please answer the following questions completely.*

### Data Pasien/Patient Data

Nama : ..... <i>Name</i>	Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan <i>Sex Male Female</i>
No Polis : ..... <i>Policy Number</i>	Tempat Kejadian : ..... <i>Incident place</i>
Tanggal Lahir/Umur : ..... <i>Date of Birth/Age</i>	Tanggal Kejadian/Diagnosis:..... <i>Incident / Diagnose date</i>
Alamat : ..... <i>Address</i>	Alamat Rumah Sakit : ..... <i>Address of Hospital</i>
Kode Pos : ..... <i>Postal Code</i>	No. Registrasi Pasien: ..... <i>Register Number</i>

### Keterangan Mengenai Kondisi Cacat

#### *Information about dismemberment/disability*

1. Apakah yang menjadi penyebab cacat tersebut? Mohon dijelaskan nama penyakit atau diagnosa akibat kecelakaan  
*What is the cause of dismemberment/disability? Please explain*

Nama Penyakit/disease : \_\_\_\_\_

Diagnosa akibat kecelakaan : \_\_\_\_\_  
*Diagnosis due to accident*

2. Apakah ada anggota badan yang diamputasi ataupun hilang fungsinya?  Ya  Tidak  
*Do you suffered from lose of or lose of function of limb? Yes No*

Jika dijawab "ya" mohon berikan tanda (x) pada bagian anggota tubuh yang mana:  
*If "yes" please give the mark (x) on which part of limb*

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kedua tangan<br><i>Both hands</i>                                 | <input type="checkbox"/> Tangan kanan mulai dari siku<br><i>Right arm from elbow on</i>        | <input type="checkbox"/> Jempol kanan<br><i>Right thumb</i>                      |
| <input type="checkbox"/> Kedua kaki<br><i>Both feet</i>                                    | <input type="checkbox"/> Tangan kiri mulai dari siku<br><i>Left arm from elbow on</i>          | <input type="checkbox"/> Jempol kiri<br><i>Left thumb</i>                        |
| <input type="checkbox"/> Kedua mata<br><i>Both eyes</i>                                    | <input type="checkbox"/> Tangan kanan mulai dari pergelangan<br><i>Right arm from wrist on</i> | <input type="checkbox"/> Jari telunjuk kanan<br><i>Right index finger</i>        |
| <input type="checkbox"/> Satu tangan dan satu kaki<br><i>One hand and one foot</i>         | <input type="checkbox"/> Tangan kiri mulai dari pergelangan<br><i>Left arm from wrist on</i>   | <input type="checkbox"/> Jari telunjuk kiri<br><i>Left index finger</i>          |
| <input type="checkbox"/> Satu tangan dan satu mata<br><i>One hand and one eye</i>          | <input type="checkbox"/> Penglihatan sebelah mata<br><i>Incurable blindness in one eye</i>     | <input type="checkbox"/> Jari kelingking kanan<br><i>Right little finger</i>     |
| <input type="checkbox"/> Satu kaki dan satu mata<br><i>One foot and one eye</i>            | <input type="checkbox"/> Pendengaran kedua belah telinga<br><i>Incurable deaf in both ears</i> | <input type="checkbox"/> Jari kelingking kiri<br><i>Left little finger</i>       |
| <input type="checkbox"/> Lengan kanan mulai dari bahu<br><i>Right arm from shoulder on</i> | <input type="checkbox"/> Pendengaran sebelah telinga<br><i>Incurable deaf in one ear</i>       | <input type="checkbox"/> Jari tengah / manis kanan<br><i>Right middle finger</i> |

- Lengan kiri mulai dari bahu  
*Left arm from shoulder on*
- Satu kaki dari pergelangan  
*One foot from ankle on*
- Jari tengah / manis kiri  
*Left middle finger*

3. Apakah cacat yang diderita akan berlangsung selamanya (permanen)?  Ya  Tidak  
*Are the disabilities will be suffered permanently*

4. Jelaskan bagaimana keadaan dan parahnya cedera atau cacat lainnya yang diderita:  
*State the nature and extent of other injuries or dismemberment sustained thereby*

5. Mohon uraikan secara lengkap tentang penyebab dan keadaan sekitar penyakit /kecelakaan:  
*Please give a full description of the cause and circumstances of the disease / accident*

6. Apakah cedera yang diderita konsisten dengan pernyataan sebab kecelakaan?  Ya  Tidak  
*Are the injuries consistent with the state cause of accident?*  
*Yes* *No*

7. Menurut anda apakah cacat yang diderita ada hubungannya dengan:  
*Do you consider the dismemberment to be connected in any way with*

- |  |                             |                                |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| a) Kecelakaan sebelumnya atau suatu penyakit atau ciri-ciri kurang baik dari riwayat kesehatan pasien<br><i>A previous accident, or any disease or unfavorable features in the patient history</i> | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
|  | <i>Yes</i>                  | <i>No</i>                      |
| b) Melukai diri sendiri<br><i>Self inflicted injury</i>  | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
|  | <i>Yes</i>                  | <i>No</i>                      |
| c) Percobaan/ usaha bunuh diri<br><i>An attempt to commit suicide</i>  | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
|  | <i>Yes</i>                  | <i>No</i>                      |
| d) Profesi atau hobby yang berbahaya<br><i>A dangerous occupation or hobby</i>   | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
|  | <i>Yes</i>                  | <i>No</i>                      |
| e) Konsumsi alcohol / minuman keras yang berlebihan<br><i>Too much consumption of alcohol</i>  | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
|  | <i>Yes</i>                  | <i>No</i>                      |
| f) Penggunaan obat terlarang atau narkotika<br><i>Use of drugs or narcotics</i>  | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
|  | <i>Yes</i>                  | <i>No</i>                      |

