

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 :	Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Name	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
No Polis	Tempat Kejadian :
Policy Number	<i>Incident place</i>
Tanggal Lahir/Umur	Tanggal Kejadian/Diagnosis:
Date of Birth/Age	<i>Incident / Diagnose date</i>
Alamat	Alamat Rumah Sakit:
Address	<i>Address of Hospital</i>
Kode Pos	No. Registrasi Pasien:
Postal Code	<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?
Do you suffered from lose of or lose of function of limb? Ya Tidak
Yes No *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

- Kedua tangan
Both hands
- Kedua kaki
Both feet
- Kedua mata
Both eyes
- Satu tangan dan satu kaki
One hand and one foot
- Satu tangan dan satu mata
One hand and one eye
- Satu kaki dan satu mata
One foot and one eye
- Lengan kanan mulai dari bahu
Right arm from shoulder on

- Tangan kanan mulai dari siku
Right arm from elbow on
- Tangan kiri mulai dari siku
Left arm from elbow on
- Tangan kanan mulai dari pergelangan
Right arm from wrist on
- Tangan kiri mulai dari pergelangan
Left arm from wrist on
- Penglihatan sebelah mata
Incurable blindness in one eye
- Pendengaran kedua belah telinga
Incurable deaf in both ears
- Pendengaran sebelah telinga
Incurable deaf in one ear

- Jempol kanan
Right thumb
- Jempol kiri
Left thumb
- Jari telunjuk kanan
Right index finger
- Jari telunjuk kiri
Left index finger
- Jari kelingking kanan
Right little finger
- Jari kelingking kiri
Left little finger
- Jari tengah / manis kanan
Right middle finger

<input type="checkbox"/> Lengan kiri mulai dari bahu <i>Left arm from shoulder on</i>	<input type="checkbox"/> Satu kaki dari pergelangan <i>One foot from ankle on</i>	<input type="checkbox"/> Jari tengah / manis kiri <i>Left middle finger</i>
--	--	--

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

4. Jelaskan bagaimana keadaan dan parahnya cidera 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 cidera 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
<i>A previous accident, or any disease or unfavorable features in the patient history</i> | <input type="checkbox"/> Ya
Yes | <input type="checkbox"/> Tidak
No |
| b) Melukai diri sendiri
<i>Self inflicted injury</i> | <input type="checkbox"/> Ya
Yes | <input type="checkbox"/> Tidak
No |
| c) Percobaan/ usaha bunuh diri
<i>An attempt to commit suicide</i> | <input type="checkbox"/> Ya
Yes | <input type="checkbox"/> Tidak
No |
| d) Profesi atau hobby yang berbahaya
<i>A dangerous occupation or hobby</i> | <input type="checkbox"/> Ya
Yes | <input type="checkbox"/> Tidak
No |
| e) Konsumsi alcohol / minuman keras yang berlebihan
<i>Too much consumption of alcohol</i> | <input type="checkbox"/> Ya
Yes | <input type="checkbox"/> Tidak
No |
| f) Penggunaan obat terlarang atau narkotika
<i>Use of drugs or narcotics</i> | <input type="checkbox"/> Ya
Yes | <input type="checkbox"/> Tidak
No |

Jika "Ya" mohon berikan rinciannya/If "Yes", please give details:

8. Apakah ada kemungkinan untuk disembuhkan?
Do you expect that it will be possible to cure him/her?

Ya
Yes

Tidak
No

Jika "Ya" mohon berikan rinciannya.
If "Yes", please give details

Informasi dan/atau keterangan yang Saya berikan pada Formulir Klaim Cacat ini adalah benar, sesuai kondisi pasien pada saat dilakukan perawatan, dan sesuai dengan bidang keilmuan yang saya ketahui sebagai dokter. Dalam hal terdapat perubahan, penambahan, pengurangan, perbaikan, ralat dan/atau penarikan ("Perubahan") terhadap suatu informasi dan/atau keterangan pada Formulir ini yang berkaitan dengan diagnosa, maka Perubahan tersebut wajib didukung oleh Surat Keterangan Dokter dan dokumen pendukung medis lainnya berupa hasil laboratorium, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, rontgen, dan/atau Elektrokardiogram (EKG) yang membuktikan bahwa Perubahan tersebut benar dan sesuai.

The information and/or statement I provide on this Dismemberment / Disability Claim Form is true, consistent with the patient's condition at the time of treatment, and conformable to the discipline that I have knowledge of as a physician. In the event of change, omission, revision, correction, and/or revocation ("Change") of any information and/or statement on this Form related to diagnosis, such Change must be accompanied by a Physician's Letter of Statement and other supporting medical documents, i.e. results of laboratory tests, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, X-ray, and/or Electrocardiogram (ECG) which prove that such Change is true and accurate.

Nama Dokter

Doctor's Name

Alamat Dokter
Doctor's Address

Kode Pos :
Postal Code

Tanggal - -

Date

Tanda tangan dan stempel dokter
Stamp and signature of the doctor

PERHATIAN/ATTENTION:

DOKTER YANG MEMBERI SURAT KETERANGAN TENTANG KEADAAN KESEHATAN (TERMASUK MENGENAI ADA ATAU TIDAK ADANYA PENYAKIT, KELEMAHAN ATAU CACAT) ATAU KEMATIAN SESEORANG YANG TIDAK SESUAI DENGAN KEADAAN SEBENARNYA DAPAT DIANCAM DENGAN HUKUMAN PIDANA BERDASARKAN KITAB UNDANG-UNDANG HUKUM PIDANA.

ANY PHYSICIAN PROVIDING A LETTER OF STATEMENT ON THE HEALTH (INCLUDING ON THE PRESENCE OR ABSENCE OF DISEASE, INFIRMITY, OR DISABILITY) OR DEATH OF SOMEONE THAT IS NOT CONSISTENT WITH THE ACTUAL CONDITION MAY FACE CRIMINAL PENALTIES IN ACCORDANCE WITH THE INDONESIAN CRIMINAL CODE.