

## 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                              | <input type="checkbox"/> Pendengaran sebelah telinga   | <input type="checkbox"/> Jari tengah / manis kanan                           |

*Right arm from shoulder on*  
 Lengan kiri mulai dari bahu  
*Left arm from shoulder on*

*Incurable deaf in one ear*  
 Satu kaki dari pergelangan  
*One foot from ankle on*

*Right middle finger*  
 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<br>Yes | <input type="checkbox"/> Tidak<br>No |
| b) Melukai diri sendiri<br><i>Self inflicted injury</i>  | <input type="checkbox"/> Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> Tidak<br>No |
| c) Percobaan/ usaha bunuh diri<br><i>An attempt to commit suicide</i>  | <input type="checkbox"/> Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> Tidak<br>No |
| d) Profesi atau hobby yang berbahaya<br><i>A dangerous occupation or hobby</i>   | <input type="checkbox"/> Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> Tidak<br>No |
| e) Konsumsi alkohol / minuman keras yang berlebihan<br><i>Too much consumption of alcohol</i>  | <input type="checkbox"/> Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> Tidak<br>No |
| f) Penggunaan obat terlarang atau narkotika<br><i>Use of drugs or narcotics</i>  | <input type="checkbox"/> Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> Tidak<br>No |

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

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