



# 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.

<b>Data-data Pasien</b>	
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 : _____	_____ tanggal / bulan / tahun
Tanggal Perawatan : _____	_____ s.d _____
<b>Jika karena Penyakit</b>	
DIAGNOSA Penyakit & Penyebabnya : _____	
Tanggal diDiagnosa : _____	_____ tanggal / bulan / tahun
<b>Jika karena Luka / Cidera sebagai akibat dari KECELAKAAN</b>	
Tanggal terjadinya Kecelakaan : _____	_____ tanggal / bulan / tahun
Tempat / Lokasi terjadinya Kecelakaan : _____	
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
<b>Jika YA</b>	
Tanggal pertama konsultasi ?	_____ tanggal / bulan / tahun
Berapa kali Pasien ini telah berkonsultasi dengan Sejawat ?	_____ Kali
Mohon berikan seluruh data konsultasi / kunjungan Pasien ini sejak pertama hingga terakhir kali *	
Tanggal kunjungan :	_____ tanggal / bulan / tahun
Keluhan dan gejala :	_____
Diagnosa Penyakit atau Luka / Cidera-nya :	_____
<b>* : Gunakan lembar tambahan jika diperlukan</b>	
<b>Jika TIDAK</b>	
Kapan pertama kali Pasien ini berkonsultasi dengan Sejawat ?	_____ tanggal / bulan / tahun
Keluhan & gejala Penyakit atau Luka / Cidera-nya :	_____
Diagnosa Sejawat atas Penyakit atau Luka / Cidera-nya :	_____
Hasil pemeriksaan fisik (tensi, denyut jantung/ nadi, cor-pulmo, dll.)	Tensi : _____ Nadi : _____ Suhu : _____ Pernafasan : _____
Hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, X-ray, EKG, PA, dll.) **	Kesadaran : _____
** : mohon berikan kami fotocopi dari hasil pemeriksaan penunjang Pasien ini	
<b>Akibat Penyakit atau Luka / Cidera-nya, Apakah :</b>	
Telah terdapat komplikasi ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika YA, diderita sejak : _____ (tanggal/ bulan/ tahun)
Terjadi Kelumpuhan / kehilangan fungsi ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK,
Mohon jelaskan bagian tubuh yang mengalami kelumpuhan / kehilangan fungsi :	_____
Pasien menjadi tidak mampu bekerja secara total ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____
Pasien kehilangan satu anggota tubuh ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____
- Kedua anggota tubuh ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____
Pasien kehilangan penglihatan satu mata?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____
- Kedua mata ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____

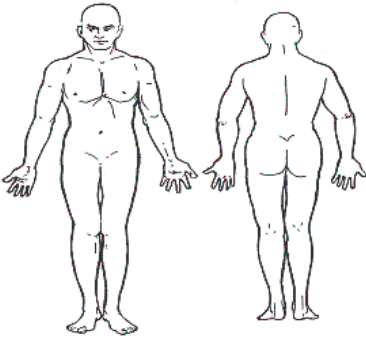
PT. AXA Life Indonesia

AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 2, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia

Telephone : (021) 2750 7377 Facsimile : (021) 7279 3302 Email: customer@axa-life.co.id

www.axa-life.co.id

## SURAT KETERANGAN DOKTER Untuk Klaim Ketidakmampuan

Keadaan Penyakit atau Luka / Cidera-nya saat ini : _____ _____ Lokasi Penyakit atau Luka / Cidera-nya : <b>(mohon beri tanda pada gambar di samping)</b>		
Apakah Ketidakmampuan / Cacat Pasien ini akan menetap selamanya ? <b>Jika YA,</b> mohon berikan KEMUNGKINAN Pasien dapat memulai kembali untuk suatu pekerjaan berpenghasilan : <b>Jika TIDAK,</b> Kapan Pasien ini diperkirakan akan pulih kembali dan dapat bekerja ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tanggal/ bulan/ tahun)  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tanggal/ bulan/ tahun)	
Mengingat pekerjaan Pasien sebelum Sakit atau Luka / Cidera, apakah setelah adanya Cacat, ia akan dapat melakukan pekerjaannya kembali ? <b>Jika YA,</b> Mohon jelaskan secara rinci : <b>Jika TIDAK,</b> Mohon berikan Contoh bidang pekerjaan yang masih akan dapat dikerjakan-nya :	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK  _____ _____	
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) ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Mohon Jelaskan : _____ _____	
Nama & alamat dokter / rumah sakit lainnya yang telah mengobati Pasien ini untuk Penyakit atau Luka / Cidera yang sama : Tanggal Konsultasi : Nama & alamat dokter/ Rumah Sakit : Keterangan lain, pengobatan, operasi, dll.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tanggal/ bulan/ tahun) _____ _____	
Mohon berikan keterangan lainnya yang Sejawat pikirkan atau perkiraan ada hubungannya dengan Penyakit atau Luka / Cidera-nya ?	_____ _____	
Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Nama Dokter : ..... Spesialisasi : ..... Alamat Dokter / RS : ..... No. Telepon / HP : .....		
_____ Tempat & Tanggal	_____ Tandatangan Dokter	_____ Cap Rumah Sakit