

## FORMULIR KETERANGAN DOKTER TENTANG KETIDAKMAMPUAN TOTAL

### PHYSICIAN'S STATEMENT FORM OF TOTAL DISABILITY

- Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda (√) pada kotak jawaban yang sesuai.  
*Please fill in the form using a black pen in capital letters and the writing must not come out of the box, clearly and put a thick mark in the appropriate answer box.*
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Dokter di sebelahnya.  
*If there is a writing error, do not erase it but cross it out and add the Physician's signature next to it.*

|   |  |
|---|--|
| <b>I. DATA PASIEN/PATIENT DATA</b>  |  |
| Nama Lengkap/<br>Full Name :  | No. Polis/<br>Policy No. :               |
| Tanggal Lahir/<br>Date of Birth :   | No. Peserta/<br>Member ID. :             |
| Jenis Kelamin/<br>Gender :  | No. Rekam Medis/<br>Medical Record No. : |
| <input type="checkbox"/> Laki-laki/<br>Male <input type="checkbox"/> Perempuan/<br>Female | <small>(khusus Grup/Group only)</small>  |

|   |  |
|---|--|
| <b>II. DATA DOKTER/PHYSICIAN DATA</b>     |  |
| Nama Lengkap/<br>Full Name :              |  |
| No. HP/HP No. :                           |  |
| Nama Rumah Sakit/<br>Hospital Name :      |  |
| Alamat Rumah Sakit/<br>Hospital Address : |  |

**III. PERTANYAAN KESEHATAN/HEALTH QUESTIONS**  
Jika kolom penjelasan tidak mencukupi, mohon jawaban ditulis dibalik formulir atau dilampirkan pada sehelai kertas.  
*If the explanation column is not sufficient, please write the answer on the back of the form or attach a piece of paper.*

1. Tanggal pasien pertama kali berkonsultasi dengan Dokter  
*Date when the patient first consulted with the Physician* d d m m y y y y

2. Berdasarkan anamnesa, apakah pasien pernah menderita penyakit / gejala lain yang berhubungan dengan keadaan saat ini? Mohon jelaskan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita?  
*Based on anamnesis has the patient previously suffered from the symptom above or any related disease? Please give explanation about the disease / symptoms and since when was it detected?*

| Pertama kali terdeteksi<br>First detected | Gejala<br>Symptom | Diagnosa<br>Diagnosis | Terapi /<br>Treatment |
|---|-------------------|-----------------------|-----------------------|
| dd/mm/yyyy                                |                   |                       |                       |

3. Tanggal pasien terakhir kali berkonsultasi dengan Dokter / *Date when the patient last consulted* d d m m y y y y

4. Jika Anda bukan dokter pertama yang mendiagnosis pasien dengan kondisi ini, mohon berikan nama dan alamat tempat praktek dokter yang mendiagnosa pertama kali kondisi pasien tersebut/ *if you are not the first physician who diagnosed the patient with this condition, please provide Name and Practice Address of the Physician who first made the diagnosis*

| Tanggal Konsultasi<br>Consultation Date | Nama Dokter<br>Name of Physician | Tempat Praktek<br>Practice Address |
|---|----------------------------------|------------------------------------|
| dd/mm/yyyy                              |                                  |                                    |

5. Mohon sebutkan apakah penyebab kondisi yang dialami pasien? *Please describe what the caused of the condition suffered by the patient?*

| Penyebab kondisi yang dialami pasien /<br>Cause of patient condition | Ya / Tidak<br>Yes or No | Tanggal Konsultasi<br>Consultation Date |
|--|-------------------------|---|
| Kecelakaan / Accident  |                         | dd/mm/yyyy                              |
| Penyakit / Illness   |                         | dd/mm/yyyy                              |
| Lainnya, sebutkan /Other, please specify :                           |                         | dd/mm/yyyy                              |

No. Polis/ Policy No. :                     
**6. Mohon sebutkan jenis pemeriksaan penunjang yang dilakukan? / Please state the type of investigation has been conducted?**

| Tanggal/Date | Jenis Pemeriksaan / Exam Type | Hasil Pemeriksaan / Examination Result |
|--------------|-------------------------------|--|
| dd/mm/yyyy   |                               |  |

Mohon lampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan beserta hasil interpretasinya. / Please attached all medical test with the result of interpretation

7. Apakah saat ini telah timbul kecacatan pada Tertanggung? / Is the disability present at this moment?  Ya / Yes  Tidak / No
8. Apakah pasien mengalami kehilangan / kehilangan fungsi atas: / Does the patient loss or loss of function of:

| Jenis kecacatan<br>Loss or loss of function type | Tanggal Mulai Diderita<br>Date of 1 <sup>st</sup> onset | Tanggal Pemeriksaan<br>Terakhir<br>Last assesment | Apakah bersifat<br>permanen?<br>Is it permanent? | Keterangan<br>Remark |
|--|---|---|--|----------------------|
| Kedua tangan / Both of hand                      | dd/mm/yyyy  | dd/mm/yyyy  | Yes or No  |                      |
| Kedua kaki / Both of legs                        | dd/mm/yyyy  | dd/mm/yyyy  | Yes or No  |                      |
| Kedua mata / Both of eyes                        | dd/mm/yyyy  | dd/mm/yyyy  | Yes or No  |                      |
| Satu tangan dan satu kaki / one hand and one leg | dd/mm/yyyy  | dd/mm/yyyy  | Yes or No  |                      |
| Satu tangan dan satu mata / one hand and one eye | dd/mm/yyyy  | dd/mm/yyyy  | Yes or No  |                      |
| Satu kaki dan satu mata / one leg and one eye    | dd/mm/yyyy  | dd/mm/yyyy  | Yes or No  |                      |

**9. Apakah pasien ini dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa bantuan sepenuhnya dari alat bantu mekanik atau orang lain? / Can this patient perform daily activities without complete assistance from mechanical aids or other people?**

|                          |           |                                   |           |
|--------------------------|-----------|-----------------------------------|-----------|
| 1. Mandi / Bathing       | Yes or No | 5. Menggunakan Toilet / Toileting | Yes or No |
| 2. Makan / Eating        | Yes or No | 6. Kontinensia / Continance       | Yes or No |
| 3. Berpakaian / Dressing | Yes or No | 7. Berpindah / Transferring       | Yes or No |

10. Apakah keadaan yang dialami Tertanggung saat ini dapat menghambat pekerjaan seperti biasa? / Taking into consideration the patient's occupation, do you feel the injuries prevented him/her from carrying out all of his occupational duties?  Ya / Yes  Tidak / No

Jika Ya, mohon jelaskan jenis hambatan yang terjadi / If yes, please give us a detailed explanation.

**IV. PERNYATAAN DOKTER / PHYSICIAN STATEMENT**

Saya, sebagai Dokter yang merawat Pasien tersebut di atas menyatakan semua jawaban, pernyataan, keterangan dan informasi dalam Formulir Keterangan Dokter Tentang Ketidakmampuan Total ini termasuk semua lampiran dan/atau dokumen yang dilampirkan adalah lengkap, aktual, benar, dan dapat dipertanggungjawabkan.

I, as the Physician who has treated the Patient mentioned above, declare that all answers, statements, explanations, and informations in this Physician's Statement Form Of Total Disability, including those provided in any attachments hereto, are complete, actual, correct, and reliable.

Dokter/Physician,

(Mohon dilengkapi dengan cap Rumah Sakit / Please complete with Hospital Stamp)

|                                  |
|----------------------------------|
| TTD/SIGN                         |
| Nama/Name: _____                 |
| Tempat/Place : _____             |
| Tanggal/Date : ___ / ___ / _____ |