



SURAT KETERANGAN DOKTER Untuk Klaim Ketidakmampuan

(Diisi oleh Dokter)

Kepada Yth. Dokter yang merawat/mengobati.

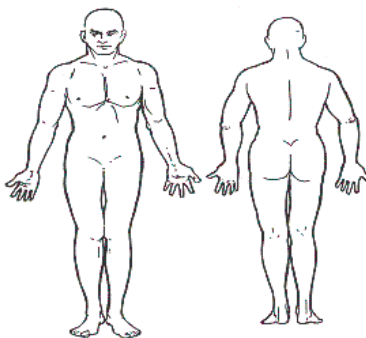
Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan yang Dokter Ketahui. Terima kasih.

Data-data Pasien	
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 :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> tanggal / bulan / tahun
Tanggal Perawatan :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> s.d <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Jika karena Penyakit	
DIAGNOSA Penyakit & Penyebabnya :	_____
Tanggal diDiagnosa :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> tanggal / bulan / tahun
Jika karena Luka / Cidera sebagai akibat dari KECELAKAAN	
Tanggal terjadinya Kecelakaan :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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
Jika YA	
Tanggal pertama konsultasi ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> tanggal / bulan / tahun
Keluhan dan gejala :	_____
Diagnosa Penyakit atau Luka / Cidera-nya :	_____
* : Gunakan lembar tambahan jika diperlukan	
Jika TIDAK	
Kapan pertama kali Pasien ini berkonsultasi dengan Sejawat ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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	
Akibat Penyakit atau Luka / Cidera-nya, Apakah :	
Telah terdapat komplikasi ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika YA, diderita sejak : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (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 Financial Indonesia

AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 2, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia
Telephone : (021) 7278 3888 Facsimile : (021) 7279 1428, 726 7124 Email : services@axa-financial.co.id
www.axa-financial.co.id

SURAT KETERANGAN DOKTER Untuk Klaim Ketidakmampuan

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