

**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 Male Female
No Polis : .....	Tempat Kejadian : .....
Policy Number	Incident place
Tanggal Lahir / Umur : .....	Tanggal Kejadian/Diagnosis : .....
Date of Birth / Age	Incident / Diagnose date
Alamat : .....	Alamat Rumah Sakit : .....
Address	Address of Hospital
Kode Pos : .....	No. Registrasi Pasien: .....
Postal Code	Register Number

**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 alcohol / 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*

Saya menyatakan bahwa saya yang merawat pasien dan bahwa semua keterangan tentang pasien dalam pernyataan ini adalah benar. / *I hereby certify that I have personally attended the above named patient and that all information supplied by me in this form is true*

Nama Dokter / *doctor's name* : .....  
Alamat Dokter / *doctor's address* : .....  
Tanggal / *date* : .....

**( Tanda tangan dan stempel dokter )**  
***Stamp and signature of the doctor***