

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 : ☐ Laki-Laki ☐ 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

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Kedua tangan
<i>Both hands</i> | ☐ Tangan kanan mulai dari siku
<i>Right arm from elbow on</i> | ☐ Jempol kanan
<i>Right thumb</i> |
| ☐ Kedua kaki
<i>Both feet</i> | ☐ Tangan kiri mulai dari siku
<i>Left arm from elbow on</i> | ☐ Jempol kiri
<i>Left thumb</i> |
| ☐ Kedua mata
<i>Both eyes</i> | ☐ Tangan kanan mulai dari pergelangan
<i>Right arm from wrist on</i> | ☐ Jari telunjuk kanan
<i>Right index finger</i> |
| ☐ Satu tangan dan satu kaki
<i>One hand and one foot</i> | ☐ Tangan kiri mulai dari pergelangan
<i>Left arm from wrist on</i> | ☐ Jari telunjuk kiri
<i>Left index finger</i> |
| ☐ Satu tangan dan satu mata
<i>One hand and one eye</i> | ☐ Penglihatan sebelah mata
<i>Incurable blindness in one eye</i> | ☐ Jari kelingking kanan
<i>Right little finger</i> |
| ☐ Satu kaki dan satu mata
<i>One foot and one eye</i> | ☐ Pendengaran kedua belah telinga
<i>Incurable deaf in both ears</i> | ☐ Jari kelingking kiri
<i>Left little finger</i> |
| ☐ Lengan kanan mulai dari bahu | ☐ Pendengaran sebelah telinga | ☐ 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
<i>A previous accident, or any disease or unfavorable features in the patient history</i> | ☐ Ya
Yes | ☐ Tidak
No |
| b) Melukai diri sendiri
<i>Self inflicted injury</i> | ☐ Ya
Yes | ☐ Tidak
No |
| c) Percobaan/ usaha bunuh diri
<i>An attempt to commit suicide</i> | ☐ Ya
Yes | ☐ Tidak
No |
| d) Profesi atau hobby yang berbahaya
<i>A dangerous occupation or hobby</i> | ☐ Ya
Yes | ☐ Tidak
No |
| e) Konsumsi alkohol / minuman keras yang berlebihan
<i>Too much consumption of alcohol</i> | ☐ Ya
Yes | ☐ Tidak
No |
| f) Penggunaan obat terlarang atau narkotika
<i>Use of drugs or narcotics</i> | ☐ Ya
Yes | ☐ Tidak
No |

Jika “Ya” mohon berikan rinciannya / *If “Yes”, please give details :*

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