

FORMULIR KLAIM KETIDAKMAMPUAN TETAP /CACAT TETAP TOTAL (Dilengkapi oleh Dokter)

(Semua pertanyaan harap dijawab dengan lengkap dan benar, dan beri tanda ✓ pada pilihan yang sesuai)
(Penulisan tanggal selalu menggunakan format Tanggal-Bulan-Tahun)

1 Nama Tertanggung (Pasien):

Jenis Kelamin Tertanggung: Laki-laki Perempuan

Tanggal Lahir /Usia Tertanggung: - - / Tahun

2 Nama Rumah Sakit Tempat Perawatan:

Nomor Rekam Medis:

3 Ketidakmampuan Tetap yang diderita diakibatkan oleh: Penyakit Kecelakaan

4 Apakah Ketidakmampuan Tetap ini berhubungan dengan: (beri tanda ✓ yang sesuai)

Kelainan bawaan Kehamilan Keguguran dan komplikasinya

Kelainan atau penyakit kejiwaan Penggunaan alkohol, narkoba atau penyalahgunaan obat

Kelainan/penyakit yang sudah diderita pasien sebelum menderita penyakit atau cedera ini

5 Kegiatan berikut yang Pasien saat masih dapat melakukan hal hal di bawah ini secara mandiri /sendiri:
(beri tanda ✓ yang sesuai)

Memakai pakaian Menggunakan toilet /WC Bangun dari atau masuk ke tempat tidur

Jalan sendiri Makan /minum Duduk atau bangun dari posisi duduk

6 Berdasarkan pengetahuan Anda tentang kondisi Pasien pada saat ini, apakah Pasien tidak dapat melakukan pekerjaannya, yaitu profesi yang biasa dilakukan untuk mendapatkan penghasilan atau gaji? Mohon dijelaskan.

7 Tanggal menurut perkiraan Anda bahwa Pasien dapat mulai kembali bekerja: - -

8 Apakah Pasien dirujuk dari Dokter /Rumah Sakit lain? Ya (Mohon dijelaskan di bawah) Tidak

Nama Dokter yang merawat:

Nama Rumah Sakit:

Alamat Dokter /Rumah Sakit:

9 Data riwayat penyakit, perawatan rumah sakit, pembedahan, atau kecelakaan yang pernah diderita oleh Pasien:

Tanggal Berobat	Keluhan /Gejala	Pengobatan Yang Diberikan	Hasil Pengobatan
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

10 Tanggal Pasien berkonsultasi/berobat untuk penyakit/cidera ini? - -

Peristiwa:

Gejala:

Tanggal gejala penyakit timbul pertama kali: - -

Diagnosa:

Nama Tempat Perawatan:

Alamat Tempat Perawatan:

11 Keterangan lain sehubungan dengan Ketidakmampuan Tetap Pasien yang menurut pertimbangan Anda perlu disampaikan:

Deklarasi dan Otorisasi Dokter

Dengan ini Saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah yang sebenar-benarnya dan selengkap-lengkapnyanya menurut sepengetahuan Saya dan catatan medis Pasien.

Ditandatangani di:

Tanggal: - -

Data Dokter dan RS (Tempat Perawatan)

Nama Dokter:

No Telp/HP:

Ahli/Kualifikasi:

Nama Rumah Sakit:

Alamat Rumah Sakit:

Tanda Tangan
(sesuai KTP)

Stempel
Rumah Sakit