

SURAT KETERANGAN DOKTER (untuk Kecelakaan)

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 :

Tanggal Lahir : - - (tgl-bln-thn) Usia : Tahun

Alamat :

No. Rekam Medis : Jenis Kelamin : Pria Wanita

PENGobatan DI RUMAH SAKIT*

Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan	di <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (tgl-bln-thn)
Tanggal dilakukan pemeriksaan pertama kali setelah kecelakaan	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (tgl-bln-thn)
Mohon dijelaskan penyebab kecelakaan menurut pengamatan Dokter	<input type="text"/>
Diagnosa	<input type="text"/>
Tindakan medis/operasi yang dilakukan	<input type="text"/>

Apakah memerlukan :	YA	TIDAK	Jika Anda menjawab "YA", mohon jelaskan :
a. Rawat inap di Rumah Sakit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lama rawat : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> s/d <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (tgl-bln-thn)
b. Berobat jalan, sambil bekerja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Berobat jalan, tidak bekerja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hasil pemeriksaan fisik

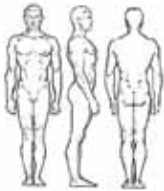
Tensi : Nadi : Suhu Badan:

Pernafasan : Kesadaran :

Jenis dan hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Lab, Rontgen, USG, CT Scan, dll) :

	YA	TIDAK	Jika Anda menjawab "YA", mohon jelaskan :
Apakah kecelakaan di atas dapat menimbulkan cacat/gangguan fungsi secara tetap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bagian tubuh mana yang akan mengalami cacat tersebut? : <input type="text"/> Berapa persen(%) gangguan fungsi/cacat tetap tersebut? : <input type="text"/> % Berapa lama perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan? : <input type="text"/> thn <input type="text"/> bln
Apakah ada keadaan lain (misal: cacat fisik, riwayat penyakit dahulu, atau ketergantungan zat/obat/narkotik, alkohol,dll) yang turut berperan dalam terjadinya kecelakaan sehingga mengakibatkan luka/cidera pasien atau memperpanjang lama perawatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mohon berikan nama dan alamat Dokter yang merujuk pasien ini: <input type="text"/>

Keadaan luka/cidera-nya saat ini
 Lokasi luka/cidera-nya



(mohon beri tanda pada gambar)

Jika Tertanggung meninggal dunia, mohon jelaskan :

a. Tanggal meninggal dunia - - (tgl-bln-thn)

b. Diagnosa Tertanggung

c. Penyebab Utama

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter : Spesialisasi :

Alamat Dokter/RS : No. Telepon/HP :

Tempat & Tanggal :	Tanda Tangan Dokter :	Stempel Rumah Sakit :
--------------------	-----------------------	-----------------------

*Gunakan lembar tambahan jika diperlukan