

**SURAT KETERANGAN DOKTER**

Klaim Ketidakmampuan/Cacat

Form/CLM/002/Ver.1.0/02-20

Kepada Yth. Dokter yang merawat/ mengobati.

Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter (SKD) ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan yang Dokter ketahui:

Yang bertanda tangan dibawah ini:

<b>DATA PASIEN:</b>	
Nama Pasien	: _____ Jenis Kelamin: <input type="checkbox"/> Pria / <input type="checkbox"/> Wanita
No.pasien/ No.rekam medis	: _____
Tempat dan Tanggal lahir	: _____, ____/____/____/ tgl/bln/thn
Alamat Pasien	: _____
Pekerjaan	: _____
Penderita mengalami Ketidakmampuan/ Cacat akibat <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Lainnya,	
Tanggal Pemeriksaan	____/____/____/ tgl/bln/thn
Tanggal Perawatan	____/____/____/ s/d ____/____/____/ tgl/bln/thn
<b>JIKA KARENA PENYAKIT</b>	
Diagnosa penyakit	_____
Penyebab/ Dasar diagnosa	_____
Tanggal pertama kali didiagnosa	____/____/____/ tgl/bln/thn
<b>JIKA KARENA KECELAKAAN</b>	
Tanggal terjadinya kecelakaan	____/____/____/ tgl/bln/thn
Tempat/ Lokasi kejadian kecelakaan	_____
Apakah Diagnosa di atas berhubungan dengan HIV/ AIDS, mengkonsumsi alkohol/ penggunaan/ ketergantungan pada narkotika/ zat lain/ atau obat-obatan tanpa resep atau gangguan psikis, psikiatri, atau mental, atau jiwa (termasuk stress)?	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> YA, jelaskan _____ _____ _____
Apakah Pasien ini mengunjungi Sejawat untuk berkonsultasi lebih dari satu kali? <i>Jika YA,</i> Tanggal pertama konsultasi? Berapa kali Pasien ini telah berkonsultasi dengan Sejawat?	____/____/____/ tgl/bln/thn _____ _____ _____

<p>sampai dengan terakhir kali (*gunakan lembar tambahan jika diperlukan)</p> <p><i>Jika TIDAK,</i>          Kapan pertama kali Pasien ini berkonsultasi? Keluhan &amp; Gejala Penyakit / Kecelakaannya</p> <p>Diagnosa Sejawat atas Penyakit atau Kecelakaannya</p>	<p>____/____/____/ tgl/bln/thn</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Akibat Penyakit atau Kecelakaannya tersebut, apakah saat ini Penderita:</p> <p>Mengalami kelumpuhan/ Ketidakmampuan bekerja secara total?</p> <p>Dapat melakukan kegiatan kehidupan rutin sehari-hari?          (Mohon <input checked="" type="checkbox"/> pada kegiatan yang DAPAT dilakukan oleh Penderita)</p> <p>Dapat melakukan paling sedikit 3 dari 5 aktifitas sehari-hari, yaitu:          (Mohon <input checked="" type="checkbox"/> pada kegiatan yang DAPAT dilakukan oleh Penderita)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mandi</li> <li>- Berpakaian</li> <li>- Makan</li> <li>- Toileting</li> <li>- Berpindah tempat</li> </ul> <p>Kehilangan salah satu anggota gerak (diatas pergelangan tangan atau kaki)</p> <p>Kehilangan kedua anggota gerak?</p> <p>Kehilangan fungsi/organ penglihatan satu mata?</p> <p>Kehilangan fungsi/organ penglihatan kedua mata?</p> <p>Mulai terjadinya kelumpuhan/ kehilangan/ ketidakmampuan?</p> <p>Jelaskan fungsi bagian tubuh yang lumpuh/ hilang tersebut</p>	<p><input type="checkbox"/> Tidak    <input type="checkbox"/> YA , jelaskan _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak    <input type="checkbox"/> YA , jelaskan _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak    <input type="checkbox"/> YA , jelaskan _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak    <input type="checkbox"/> YA , jelaskan _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak    <input type="checkbox"/> YA , jelaskan _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak    <input type="checkbox"/> YA , jelaskan _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak    <input type="checkbox"/> YA , jelaskan _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak    <input type="checkbox"/> YA , jelaskan _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak    <input type="checkbox"/> YA , jelaskan _____</p> <p>____/____/____/ tgl/bln/thn</p> <hr/> <hr/>
<p>Keadaan Ketidakmampuan/Cacat saat ini:</p> <p>Lokasi Penyakit atau Luka / Cidera-nya:</p>	

