

**SURAT KETERANGAN DOKTER (untuk Pemakaian Alat Orthese/Prothese)**

Kepada Dokter yang merawat/mengobati,  
Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan yang Dokter ketahui. Terimakasih

**DATA - DATA PESERTA**

Nama Peserta	:	
Tanggal Lahir	:	
NRP/NIK	:	
Asal Kesatuan	:	
No. Rekam Medis	:	Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Tgl Masuk RS	:	Tgl Keluar RS :

**PENGOBATAN DI RUMAH SAKIT**

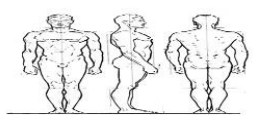
Tempat/Tanggal terjadinya kecelakaan	:	
Tanggal dilakukannya pemeriksaan pertama kali setelah kecelakaan	:	
Apakah penyakit dan kecelakaan tersebut berhubungan dengan kecelakaan kerja	:	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Bila jawaban "Ya", mohon untuk dijelaskan : <input type="text"/>
Diagnosa Utama	:	
Tindakan Medis/Operasi yang dilakukan	:	
Apakah Memerlukan :	Ya	Tidak
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hasil Pemeriksaan Fisik :	Tensi :	<input type="text"/>
	Nadi :	<input type="text"/>
	Suhu badan:	<input type="text"/>
	Pernafasan :	<input type="text"/>
	Kesadaran :	<input type="text"/>
Jenis dari hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Lab, Rontgen, USG, CT Scan, dll) :		

Nama Orthese/Prothese :	<input type="text"/>		
Ketersediaan alat Orthese/Prothese :	<input type="checkbox"/> dari Rumah Sakit Terkait	<input type="checkbox"/> dari Pihak Luar	<input type="text"/>
	Sebutkan : <input type="text"/>		

Harga alat Orthese/Prothese :	Rp <input type="text"/>		
	Ya	Tidak	Jika anda menjawab "Ya" mohon jelaskan

Apakah kecelakaan diatas dapat menimbulkan cacat atau 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"/>

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/ memperpanjang lama perawatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mohon diisi nama /no.telp dokter yang memeriksa peserta ini
---	--------------------------	--------------------------	---

Keadaan Luka/Cideranya saat ini Lokasi Luka/Cideranya  (mohon diberi tanda pada gambar)	Catatan :
---	-----------

**PERNYATAAN**

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

Nama Dokter	:	<input type="text"/>	Spesialisasi	:	<input type="text"/>
Alamat Dokter/RS	:	<input type="text"/>	No.Telp/Hp	:	<input type="text"/>

Tempat dan Tanggal :	Tandatangan Dokter :	Stempel Rumah Sakit :
----------------------	----------------------	-----------------------

Apabila ada hal- hal yang memerlukan informasi lebih lanjut mengenai pelayanan JKK, silahkan hubungi call center kami di 08111-622-133