

FORMULIR KLAIM KECELAKAAN

(Dilengkapi oleh Dokter)

Kepada Yth. Dokter yang merawat/mengobati.

Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan Dokter Ketahui. Terima kasih.

DATA-DATA PASIEN / TERTANGGUNG

1. Nama Lengkap Pasien /Tertanggung :
2. No. Pasien / Rekam Medis :
3. Tanggal lahir / Umur : / / /Umur tahun
Tanggal Bulan Tahun
4. Jenis Kelamin : Pria Wanita
5. Alamat Pasien :

RINCIAN MEDIS

6. Jenis Perawatan : Rawat Inap Rawat Jalan
7. Diagnosa yang ditegakkan :
8. Kapan pasien pertama kali berkonsultasi sehubungan diagnosa tersebut diatas : / /
Tanggal Bulan Tahun
9. Apakah diagnosa tersebut di atas akibat langsung dari kecelakaan ? Ya Tidak

Jika " Tidak ", mohon jelaskan secara rinci penyebabnya

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

Jika " Ya ", mohon jelaskan detail luka-luka tersebut

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

10. Mohon jelaskan kronologi pengobatan/perawatan yang dilakukan (termasuk pembedahan yang dilakukan)

No.	Tanggal Perawatan	Status Klinis Pasien/Tertanggung	Tindakan Pembedahan / Pengobatan

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

11. Apakah luka-luka tersebut di atas merupakan penyebab langsung sehingga pasien mengalami : Meninggal Dunia Rawat Inap/Rawat Jalan Cacat Tetap Total Cacat Tetap Sebagian
*Pilihan boleh lebih dari satu

12. Apabila pasien mengalami rawat inap, apakah perawatan tersebut atas permintaan pasien sendiri ? Ya Tidak

Jika " Tidak ", mohon dapat dijelaskan

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

13. Apabila pasien mengalami cacat : Ya Tidak
 tetap total dan atau cacat tetap sebagian, apakah ada hubungan antara kecacatan tersebut dengan penyakit atau kecelakaan sebelumnya?

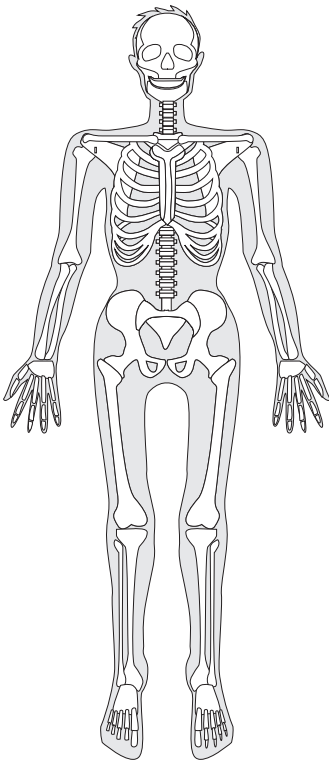
Jika “ Ya “, mohon dapat dijelaskan :

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

KETERANGAN MENGENAI KEKACATAN PASIEN/TERTANGGUNG

- 14.a. Apabila pasien mengalami kecacatan, baik kehilangan anggota tubuh atau tidak kehilangan anggota tubuhnya (cacat tetap total/cacat tetap sebagian), mohon jelaskan secara rinci

b. Berkaitan dengan jawaban dari pertanyaan point a, mohon tunjukkan pada gambar di bawah ini



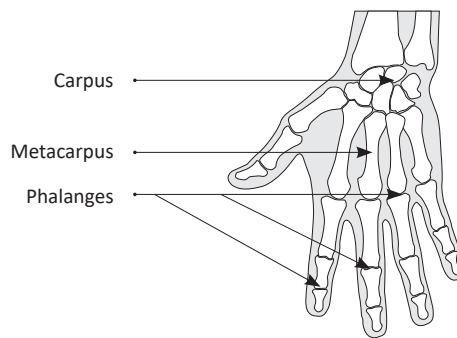
Kiri Kanan



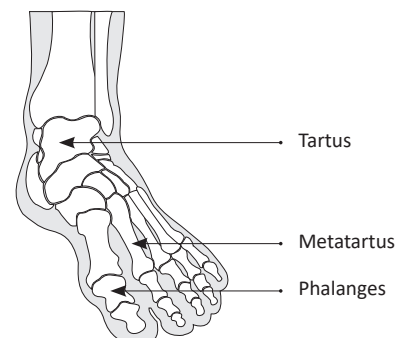
Kiri Kanan



Kiri Kanan



Kiri Kanan



Kiri Kanan

INFORMASI TAMBAHAN

15. Menurut riwayat catatan medis pasien, mohon sebutkan riwayat perawatan atas penyakit dan cedera tubuh yang pernah dialami pasien sebelumnya

No.	Tanggal Perawatan	Keluhan	Diagnosa	Tindakan/Pengobatan

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

16. Mohon berikan keterangan apakah pasien merupakan rujukan dari Dokter atau Dokter yang merujuk pasien kepada Dokter/Rumah sakit/Institusi lain.

Pasien merupakan rujukan dari :

No.	Dokter / Rumah Sakit / Institusi	Alamat Lengkap

Pasien saya rujuk kepada :

No.	Dokter / Rumah Sakit / Institusi	Alamat Lengkap

17. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang dapat membantu Bagian Klaim untuk memproses klaim ini.

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dan menyatakan bahwa semua keterangan tersebut adalah benar dan lengkap menurut sepengetahuan Saya dan catatan medis pasien.

Nama Dokter :

Alamat Rumah Sakit / Dokter :

Spesialisasi :

No. Telepon / HP :

Ditandatangani di : Tanggal : / /

Tandatangan Dokter

Stempel Rumah Sakit