

SURAT KETERANGAN DOKTER Untuk Klaim Ketidakmampuan

(Diisi 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 yang Dokter Ketahui. Terima kasih.

Data-data Pasien	
Nama Pasien : _____	No. Pasien / Rekam Medis : _____
Tanggal lahir / Umur : _____ / _____ / _____ / atau _____ tahun,	Jenis kelamin : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Alamat Pasien : _____	Pekerjaan : _____
Pasien ini berkonsultasi / mengunjungi Sejawat oleh karena : <input type="checkbox"/> Luka / Cidera <input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Lainnya : _____	
Tanggal Pemeriksaan :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> tanggal / bulan / tahun
Tanggal Perawatan :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> s.d <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Jika karena Penyakit	
DIAGNOSA Penyakit & Penyebabnya :	_____
Penyebab Diagnosa tersebut :	_____
Tanggal diDiagnosa :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> tanggal / bulan / tahun
Jika karena Luka / Cidera sebagai akibat dari KECELAKAAN	
Tanggal terjadinya Kecelakaan :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> tanggal / bulan / tahun
Tempat / Lokasi terjadinya Kecelakaan :	_____
Apakah DIAGNOSA diatas berhubungan dengan HIV atau AIDS, mengkonsumsi alkohol/ penyalahgunaan/ ketergantungan pada narkotika /zat lain / atau obat-obatan tanpa resep atau gangguan psikis, psychiatric atau mental atau jiwa (termasuk stress) ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Mohon jelaskan : _____
Apakah Pasien ini mengunjungi Sejawat lebih dari satu kali untuk berkonsultasi ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
Jika YA	
Tanggal pertama konsultasi ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> tanggal / bulan / tahun
Berapa kali Pasien ini telah berkonsultasi dengan Sejawat ?	_____ Kali
Mohon berikan seluruh data konsultasi / kunjungan Pasien ini sejak pertama hingga terakhir kali *	
Tanggal kunjungan :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> tanggal / bulan / tahun
Keluhan dan gejala :	_____
Diagnosa Penyakit atau Luka / Cidera-nya :	_____
* : Gunakan lembar tambahan jika diperlukan	
Jika TIDAK	
Kapan pertama kali Pasien ini berkonsultasi dengan Sejawat ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> tanggal / bulan / tahun
Keluhan & gejala Penyakit atau Luka / Cidera-nya :	_____
Diagnosa Sejawat atas Penyakit atau Luka / Cidera-nya :	_____
Hasil pemeriksaan fisik (tensi, denyut jantung/ nadi, cor-pulmo, dll.)	Tensi : _____ Nadi : _____ Suhu : _____ Pernafasan : _____
Hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, X-ray, EKG, PA, dll.) **	Kesadaran : _____
** : mohon berikan kami fotocopi dari hasil pemeriksaan penunjang Pasien ini	
Akibat Penyakit atau Luka / Cidera-nya, Apakah :	
Telah terdapat komplikasi ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika YA, diderita sejak : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tanggal/ bulan/ tahun)
Terjadi Kelumpuhan / kehilangan fungsi ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK,
Mohon jelaskan bagian tubuh yang mengalami kelumpuhan / kehilangan fungsi :	_____
Pasien menjadi tidak mampu bekerja secara total ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____
Pasien kehilangan satu anggota tubuh ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____
- Kedua anggota tubuh ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____
Pasien kehilangan penglihatan satu mata?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____
- Kedua mata ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____

PT. AXA Mandiri Financial Services

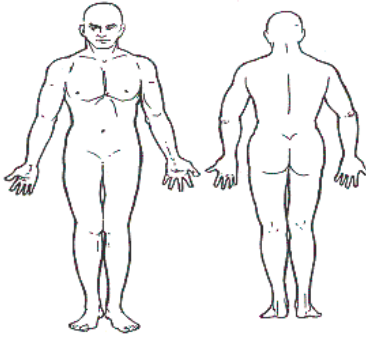
Registered Office : Plaza Mandiri 29th Floor, Jl. Jenderal Gatot Subroto No. 38, Jakarta 12710 - Indonesia. PO BOX 4217 JKTM

Customer Care Centre : AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 9, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia

Telephone : (021) 2750 7399 Facsimile : (021) 7279 1979 Email : customer@axa-mandiri.co.id

www.axa-mandiri.co.id

SURAT KETERANGAN DOKTER Untuk Klaim Ketidakmampuan

Keadaan Penyakit atau Luka / Cidera-nya saat ini : _____ _____ Lokasi Penyakit atau Luka / Cidera-nya : (mohon beri tanda pada gambar di samping)		
Apakah Ketidakmampuan / Cacat Pasien ini akan menetap selamanya ? Jika YA, mohon berikan KEMUNGKINAN Pasien dapat memulai kembali untuk suatu pekerjaan berpenghasilan : Jika TIDAK, Kapan Pasien ini diperkirakan akan pulih kembali dan dapat bekerja ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal/ bulan/ tahun) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal/ bulan/ tahun) atau <input type="checkbox"/> tahun <input type="checkbox"/> bulan	
Mengingat pekerjaan Pasien sebelum Sakit atau Luka / Cidera, apakah setelah adanya Cacat, ia akan dapat melakukan pekerjaannya kembali ? Jika YA, Mohon jelaskan secara rinci : Jika TIDAK, Mohon berikan Contoh bidang pekerjaan yang masih akan dapat dikerjakan-nya :	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK _____ _____	
Apakah ada keadaan lain (misal : cacat fisik, riwayat penyakit dahulu, atau ketergantungan zat/obat/ narkotik, alkohol, dll.) yang turut berperan dalam terjadinya PENYAKIT atau LUKA / CEDERA Pasien ini atau memperpanjang masa istirahat (invalid) ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Mohon Jelaskan : _____ _____	
Nama & alamat dokter / rumah sakit lainnya yang telah mengobati Pasien ini untuk Penyakit atau Luka / Cidera yang sama : Tanggal Konsultasi : Nama & alamat dokter/ Rumah Sakit : Keterangan lain, pengobatan, operasi, dll.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal/ bulan/ tahun) _____ _____	
Mohon berikan keterangan lainnya yang Sejawat pikirkan atau perkiraan ada hubungannya dengan Penyakit atau Luka / Cidera-nya ?	_____ _____	
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	_____ Tandatangan Dokter	_____ Cap Rumah Sakit